

Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna



Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco

Aspirante a Oficial de Polícia

Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais

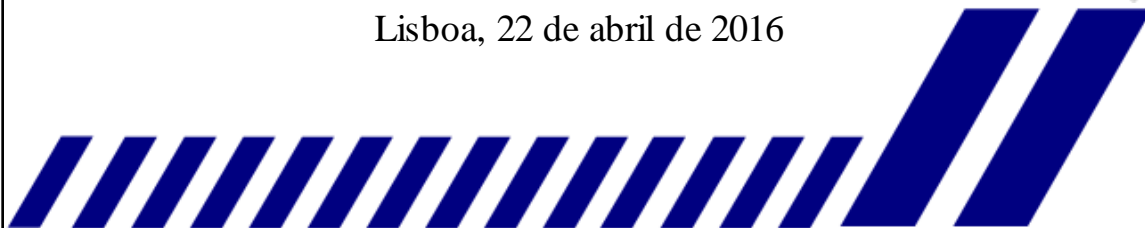
XXVIII Curso de Formação de Oficiais de Polícia

**Representações sociais do suicídio em futuros
Comandantes de Polícia**

Orientadora: Prof.^a Doutora Sofia Tavares

Coorientadora: Prof.^a Doutora Lúcia G. Pais

Lisboa, 22 de abril de 2016



Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna



Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco

Aspirante a Oficial de Polícia

Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais

XXVIII Curso de Formação de Oficiais de Polícia

**Representações sociais do suicídio em futuros
Comandantes de Polícia**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências Policiais, elaborada sob a orientação da Prof.^a Doutora Sofia Tavares e coorientação da Prof.^a Doutora Lúcia G. Pais.

À minha família

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho só foi possível devido ao contributo de inúmeras pessoas, pelo que aqui expresso os meus agradecimentos a todos.

Aos meus pais pela educação e valores que me incutiram.

À minha “Princesa” pela inspiração, motivação, amor e carinho, amenizando as dificuldades ao longo deste caminho.

À Sílvia pelo apoio, compreensão, amor, carinho e presença constante em todos os momentos.

Aos meus familiares e amigos, pela compreensão da minha indisponibilidade em virtude do tempo que abdiquei de estar com eles, em prol da realização deste trabalho.

À Professora Doutora Sofia Tavares por me ter aceite como seu orientando e me ter dado a honra de trabalhar consigo. Por todos os conhecimentos transmitidos e pela sua disponibilidade.

À Professora Doutora Lúcia Pais pela sua coorientação e me ter dado a honra de trabalhar consigo. Pela sua colaboração e por ter tornado possível a realização deste trabalho.

À Escola Prática de Polícia, pelos valores e ensinamentos transmitidos.

Ao ISCPSP, seus docentes, corpo de alunos e quadro orgânico, por cinco anos de aprendizagem e convívio, que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao 28º CFOP, com quem partilhei os últimos cinco anos, pelas vivências, pelas alegrias, pelo apoio nos bons e nos maus momentos.

A todos, muito obrigado.

“Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois. São apenas jogos; primeiro é necessário responder...”

Camus

RESUMO

Em Portugal a Polícia de Segurança Pública regista uma taxa anual média de suicídio de cerca de 5 casos por cada 20.000 polícias – que é muito superior à média nacional de cerca de 1,6 por cada 20.000 habitantes. Para se compreenderem estes números é importante conhecer o contexto social e cultural onde o fenómeno ocorre e adquire significado. Este estudo procura apreender os campos semânticos construídos por elementos desta Instituição em torno do suicídio. Para tal 151 alunos do Curso de Mestrado Integrado em Ciências Policiais – futuros Comandantes de Polícia – foram confrontados com os estímulos: *O Suicídio faz-me pensar em...*; *O suicídio faz-me sentir...*; *As pessoas que se suicidam....* Dos dados recolhidos, submetidos a uma análise de conteúdo, conclui-se que estes futuros Comandantes de Polícia têm a representação do suicídio como estando associado a perturbações psicológicas e fortes emoções negativas (e.g. desespero, sofrimento). Sobre os suicidas a mente dominante é de pessoas fracas e egoístas, que necessitam de ajuda profissional e apoio social. Os resultados são discutidos em termos das suas implicações para a compreensão do suicídio e do desenvolvimento de programas de prevenção deste fenómeno nesta classe profissional.

Palavras-chave: Suicídio, Polícia de Segurança Pública, Representações Sociais, Análise de Conteúdo

ABSTRACT

In Portugal, the Public Security Police registers an average annual suicide rate of approximately 5 suicides for each 20.000 policemen – far greater than the national average of approximately 1,6 suicides for each 20.000 inhabitants. To understand these numbers it is important to know the social and cultural context where the phenomenon occurs and acquires significance. This study aims to apprehend the semantic fields built around suicide by members of this Institution. For this purpose, 151 students of the Integrated Master's Course in Police Sciences – future Police Commanders – were confronted with stimuli: *Suicide makes me think of...*; *Suicide makes me feel...*; *People who commit suicide....* From the collected data, submitted to content analysis, it is concluded that these future Police Commanders understand suicide as being associated with psychological disturbances and strong negative emotions (e.g. despair, suffering). In regards to those individuals who are suicidal, the future Police Commander's dominant view is that these are weak and selfish people, in need of both professional help and social aid. The results are discussed in terms of their implications towards the understanding of suicide, as well as for the development of prevention programs regarding this phenomenon in this professional class.

Keywords: Suicide, Public Security Police, Social Understanding, Content Analysis.

Índice

Introdução	1
I – Suicídio enquanto objeto de estudo	3
1. O suicídio	3
2. Comportamentos suicidários: Suicídio, parassuicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida	6
3. Aspectos epidemiológicos	8
4. Principais modelos explicativos.....	10
5. O suicídio nas Forças de Segurança.....	15
6. Prevalência do suicídio na Polícia de Segurança Pública	22
7. Prevenção e pós-venção	23
II – Enquadramento teórico	28
1. Representações Sociais	28
2. Representações sociais do suicídio	29
3. Formulação do problema de investigação	32
III – Método	35
1. Objetivos	35
2. Participantes	35
3. <i>Corpus</i>	36
4. Instrumentos	37
5. Procedimentos	38
5.1. Procedimentos de recolha de dados	38
5.2. Procedimentos de análise de dados	38
IV – Apresentação, análise e discussão dos resultados	42
V – Conclusões	62
Referências	64

Índice de anexos

ANEXO 1 – Pedido de autorização para aplicação de inquéritos	76
ANEXO 2 – Pedido de autorização para acesso a dados sobre o suicídio na Polícia de Segurança Pública.....	77
ANEXO 3 – Grelha categorial.....	78
ANEXO 4 – Quadro de resultados	83

Índice de tabelas

Tabela 1 - Número de suicídios ocorridos entre 2004 e 2015	22
Tabela 2. Características da amostra	36
Tabela 3 - Distribuição das unidades de registo pelas categorias e pelos grupos	42
Tabela 4 – Unidades de registo das subcategorias da categoria A por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida	43
Tabela 5 - Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria A	44
Tabela 6 – Unidades de registo das subcategorias da categoria B por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida	48
Tabela 7 - Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria B	49
Tabela 8 – Unidades de registo das subcategorias da categoria C por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida	54
Tabela 9 - Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria C	54
Tabela 10 – Unidades de registo das subcategorias da categoria D por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida	57
Tabela 11 - Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria D	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CMICP – Curso de Mestrado Integrado em Ciências Policiais

FDA – Food and Drug Administration

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISCPSI – Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PSP – Polícia de Segurança Pública

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

USA – United States of America

WHO - World Health Organization

Introdução

O suicídio é um problema grave, com graves consequências, mas ainda assim pobremente compreendido, nomeadamente, o fenómeno da suicidalidade dentro das forças policiais. Faltam estudos, nomeadamente estudos qualitativos, que dão voz ao sujeito experiência e que permitem conhecer os significados associados a este fenómeno. Quais as representações que os polícias têm do que é o suicídio? E dos suicidas? Para que se possa atuar de forma preventiva sobre este fenómeno é necessário conhecê-lo e compreendê-lo a partir da perspetiva dos envolvidos e para isso, a perceção que os elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) constroem do suicídio e dos suicidas será uma importante contribuição para a prevenção deste fenómeno.

O Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna (ISCPSI) é uma instituição de ensino público universitário policial. Uma das suas missões, e talvez das mais importantes, centra-se na formação inicial dos oficiais da PSP e de oficiais das polícias dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Após cinco anos de formação, os seus alunos iniciam a sua vida policial no posto de Subcomissário, o primeiro na carreira de oficial de polícia – à exceção dos elementos que ingressaram no ISCPSI e que iniciaram a sua vida policial na carreira de agentes.

A investigação em representações sociais permite entender a forma como os indivíduos apreendem o mundo envolvente, num esforço para o compreender e resolver os seus problemas, sejam eles de ordem emocional, existencial, relacional, ou de qualquer outra ordem. Ao definirmos como objeto de estudo as representações sociais do suicídio neste contexto, pretendemos efetuar uma aproximação aos significados sobre os quais estes estudantes e futuros Comandantes de Polícia constroem o seu conhecimento sobre este fenómeno. De um modo geral, o presente estudo pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada do suicídio, nomeadamente em contexto policial.

O trabalho começa com um capítulo (Capítulo I) onde se procura definir e delimitar alguns conceitos relacionados com os comportamentos suicidários. Apresentam-se ainda alguns aspetos epidemiológicos, uma resenha dos principais modelos explicativos do suicídio, bem como a prevenção e *pósvenção*. O Capítulo termina com uma descrição do suicídio nas forças policiais e a sua prevalência na PSP. No capítulo seguinte (Capítulo II), expõe-se o quadro teórico das representações sociais, no qual se inscreve o estudo empírico. Dentro deste, aborda-se a noção de representação social, originalmente proposta por Moscovici, a construção de conceitos, os processos sociocognitivos de ancoragem e

objetivação. Por fim, reflete-se sobre como tem sido o suicídio abordado no âmbito das representações sociais. Os restantes capítulos são dedicados ao processo de investigação empírica. Começa-se por explicar as opções metodológicas adotadas, seguido da apresentação do método. Os resultados são apresentados e discutidos na sequência desta exposição. O trabalho termina, como não poderia deixar de ser, com uma síntese conclusiva onde se procura realçar os aspetos mais relevantes desta investigação.

I – Suicídio enquanto objeto de estudo

1. O suicídio

“O suicídio é considerado um verdadeiro problema de saúde pública quer na Europa, (...) quer em Portugal, ocupando este o terceiro lugar, onde o suicídio mais cresceu nos últimos 15 anos” (Anes, Silva & Silva, 2013, p. 524). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de metade das mortes violentas que todos os anos ocorrem no mundo inteiro são suicídios, contabilizando quase um milhão de mortes.

Se parece óbvio, no senso comum, do que se fala quando se fala em suicídio, no domínio da suicidologia o termo suicídio e a sua definição não é tão consensual como poderia parecer. Consoante a época histórica e o autor, diferentes definições têm surgido. Assim, definir o conceito de suicídio é uma tarefa que acarreta algumas dificuldades, dado que várias condutas são tidas como suicidárias, como a toxicomania, o alcoolismo, o excesso de velocidade na condução automóvel, (entre outros), podendo colocar-se a questão se os indivíduos que as cometem são ou não verdadeiros suicidas (Sampaio, 1991).

Mayo (1992, cit. in Saraiva, 1999, p. 24) apresenta-nos uma definição de suicida como “todo o indivíduo que se mata intencionalmente”, resolvendo parcialmente a questão da intencionalidade no suicídio. Desta forma, um fumador não poderá ser considerado um suicida, pois o seu comportamento não representa uma intenção clara de se matar, ainda que saiba que a morte poderá resultar da continuação desse ato. No entanto, apesar de parecer tanto esclarecedora como adequada, esta definição de suicida não afasta a questão do desejo de morrer, suscitando muitas reservas em casos como o dos soldados que se atiram sobre uma granada para salvar os camaradas, ou dos *kamikaze* que intencionalmente despenhavam os seus aviões sobre o inimigo. Nestes casos de suicídio, a intenção é clara mas o desejo de morrer não está presente. Por certo que o soldado que salva os seus camaradas não deseja morrer, apesar de ser esta a única forma de o conseguir.

É, então, necessário recuar um pouco no tempo e, através da análise das definições que têm vindo a ser atribuídas ao suicídio, explorar a questão da intencionalidade e do desejo de morrer no ato suicida.

As sociedades têm modificado, ao longo dos tempos, a sua posição relativamente ao suicídio. Prats (1987, p. 182) adverte que “não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido

em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas”.

Etimologicamente, a palavra suicídio provém do latim e deriva de *sui* – de si – e *caedere* – matar, designando a morte de si próprio. Concetualmente a sua história começa em 1717, quando pela primeira vez Desfontaines utilizou este termo para designar o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a sua própria morte (Lopes-Cardoso, 1986).

Na Roma clássica, o suicídio era visto de uma maneira neutra ou mesmo positiva, no entanto, no século IV, Santo Agostinho tomou a posição radical de rejeitar o suicídio, mudando profundamente o modo de encarar este fenómeno. No século XIII, a ideia de “suicídio-pecado”, característica do período medieval, foi retomada por São Tomás de Aquino, afirmando que apenas Deus tem o direito de dar e tirar a vida. Por esta altura, a Igreja recusava um enterro cristão ao suicida sendo o seu corpo exposto publicamente como forma de dissuasão (Sampaio, 1991).

Entre os séculos XVI e XVIII, o suicídio tornou-se, gradualmente, um fenómeno social, alvo de discussão pública e controvérsia, entre o “ser ou não ser”, levando a que alguns ousassem reivindicar a liberdade de cada homem para poder responder, infletindo a sua atitude (Minois, 1998).

Em meados do século XIX, o corpo do suicida deixou de ser exposto em praças e outros locais públicos como vinha sendo hábito, bem como deixou de ser aplicada a recusa do enterro religioso, tendo para isso que ser reconhecida a doença ou perturbação mental do suicida aquando do atentado contra a própria vida (Stengel, 1980). O suicídio passa a ser encarado como uma vergonha, que a família tenta ocultar, deixando de ser sinónimo de pecado ou crime (Oliveira, 2003). A morte deixou de ser um acontecimento social, tornou-se privada e, maioritariamente, solitária. Ao disfarçar a morte por suicídio, a sociedade estaria a cultivar, desde cedo, a opressão, a culpabilidade e o terror pela dor, a morte e o morrer e, em rigor, pelo prazer, a vida e o viver (Oliveira, 2006).

Nos séculos XIX e XX, fruto dos avanços na área das ciências sociais, humanas e médicas, tenta-se compreender/explicar o suicídio (Oliveira, 2003). Em 1757, o inglês David Hume escreve o ensaio *Do Suicídio*, considerado o primeiro trabalho que discute a autodestruição longe da ideia de pecado e crime. Porém, a discussão sobre o suicídio ganha especial relevo com a contribuição de Emile Durkheim, Sigmund Freud e Karl Menninger. O trabalho *O Suicídio*, publicado por Durkheim em 1897, abriu caminho às teorias sociológicas sobre o fenómeno, assim como as obras de Freud entre 1881 e 1939 e o

estudo de Menninger, *Man Against Himself* (1938) são a base do pensamento psicanalítico sobre o suicídio (Sampaio, 1991).

Émile Durkheim - um dos pioneiros no estudo do suicídio e autor de uma obra paradigmática a este nível - conceptualiza o suicídio como “toda a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (1897/2000, p.14). Esta definição surgiu com o objetivo de apresentar uma explicação eminentemente social, de forma a agrupar, dentro dos diversos tipos de morte, aquelas cometidas pelos próprios indivíduos, desde que conscientes das consequências dos seus atos (Rodrigues, 2009).

Se hoje o suicídio é um objeto de estudo importante quer no campo da psicologia quer no campo sociológico, demarcar essa fronteira no século XIX não foi fácil (Rodrigues, 2009). Embora, a posição atualmente partilhada defenda a colaboração interdisciplinar para o estudo do suicídio (OMS, 1984 cit. in Sampaio, 1991), este é considerado um fenómeno complexo, multifacetado, que necessita de esforços coordenados e unidos através de uma metodologia de intervenção objetiva.

A morte, temida pela maioria das pessoas, surge aqui, e contrariamente, como um desejo, um objetivo ou uma forma de resolução de problemas (Ventosa, 2008). Baechler (1980, cit. in Saraiva & Gil, 2014, p.42) refere-se ao suicídio como “um comportamento que procura e encontra a solução para um problema existente através de um atentado contra a própria vida”. Este ato traz implicitamente a questão vida versus morte, de presença versus ausência, fazendo com que o desencadear do ato permaneça incompreensível (Justus, 2003). Assim, quando se fala de suicídio aborda-se, inevitavelmente, a vida, o modo de viver e morrer, assim como as ideias sobre a validade da vida e do sofrimento (Daolio & Silva, 2009).

A suicidalidade é um neologismo - os linguistas alertam para a inexistência deste termo nos instrumentos linguísticos de referência da língua portuguesa - amplamente utilizado, sobretudo em trabalhos académicos, estando-lhe associados fenómenos que vão desde ideação suicida, suicídio e tentativa de suicídio (Saraiva & Gil, 2014).

Com efeito, o órgão governamental americano, Food and Drug Administration (FDA), apresenta em 2010 como definição de suicidalidade, um termo lato onde se incluem a ideação e comportamento suicida, bem como as tentativas de suicídio, fatais ou não fatais, sucedendo durante tratamento farmacológico (Saraiva & Gil, 2014).

Os comportamentos suicidários são complexos, e não acontecem usualmente por uma única razão, mas sim pela conjugação de vários fatores. O estudo do suicídio não se

pode centrar só nos casos fatais mas também nas tentativas, nas automutilações, e a toda a psicopatologia subjacente (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, 2013).

O suicídio não tem uma causa definida, tratando-se habitualmente do culminar de uma série de fatores de ordem ambiental, cultural, biológica, psicológica e política, que se encontram acumulados na biografia do indivíduo (Daolio & Silva, 2009).

O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais misteriosos e perturbadores, abarcando um conjunto de sentimentos negativos, uma vez que se caracteriza pela irremediável auto destrutividade (Moraes & Sousa, 2011). Prova disso é a afirmação proferida por Prats (1987) em que diz que “o suicídio não cabe nas malhas apertadas do saber psiquiátrico, quer na sua vertente psicológica, quer na biológica” (p. 181). Shneidman (1985, cit. in Saraiva & Gil, 2014, p.42) - apelidado de pai da suicidologia - define suicídio como um “ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema”. Em Portugal, Vaz Serra (1971, cit. in Saraiva & Gil, 2014, p.42) define suicídio como “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir esse fim”.

As formas como o suicídio tem sido encarado, ao longo do tempo, têm sido diversificadas, assim como as posições tomadas face a esta realidade. A atitude de cada sociedade perante este problema, ao longo do tempo, reflete a sua mentalidade, os seus valores e ideologias associadas à vida e à morte (Campos & Leite, 2002).

2. Comportamentos suicidários: Suicídio, parassuicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida

O comportamento ou gesto suicida exprime um tormento interior insuportável e é sempre um meio de comunicar – depois de eventuais tentativas antes incompreendidas, ignoradas ou mal-entendidas –, por parte de alguém que sente um profundo desespero e não visiona objetivos concretizáveis nem uma alternativa válida para a vida (e.g. Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001; Sampaio, 1991). O desejável seria detetar estes comportamentos de modo a atuar preventivamente. A prevenção constitui uma necessidade essencial, no sentido de evitar possíveis suicídios, uma vez que os comportamentos de risco, os atos de automutilação e as atitudes suicidas são um fenómeno social grave (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Como referido anteriormente, a palavra suicídio remete para “a morte de si próprio”. Por vezes, designado de morte voluntária, morte intencional ou morte autoinfligida, na língua portuguesa, esta palavra significa a autodestruição provocada por um ato executado pelo indivíduo com a intenção de pôr termo à vida (Silva & Sampaio, 2011). Importa referir que, para se distinguir os suicídios efetivos das tentativas de suicídio, mesmo as quase-mortais, utiliza-se a expressão de suicídio consumado (Oliveira, 2003).

“A expressão comportamento suicidário (...) tem pretendido colmatar dificuldades conceptuais, albergando muitos fenómenos destas temáticas, uns sobreponíveis parcialmente, outros na fronteira” (Saraiva & Gil, 2014, p. 41).

Durkheim (1897/2000) descreve tentativa de suicídio como o ato levado a cabo para o suicídio, porém, interrompido antes que a morte se verifique. Contudo, nesta definição não é considerada a intencionalidade de morrer, o que faz com que o termo tentativa de suicídio seja ambíguo porque encerra fenómenos diferentes: o suicídio frustrado e o parassuicídio (Saraiva, 1999).

A tentativa de suicídio, ao contrário do parassuicídio, caracteriza-se por um ato intencional levado a cabo por um indivíduo e que não resulta na própria morte, por razões alheias à vontade do indivíduo (Saraiva & Gil, 2014). É uma ação autodirigida que apresenta por finalidade dar fim à própria vida, sem o êxito final, a morte. O indivíduo tenta, porém não se consegue suicidar (Botega, et al., 2006).

O comportamento parassuicidário, de acordo com a OMS, remete para um ato ou comportamento não fatal e invulgar (Costa, 2010), onde o indivíduo não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo (mais ou menos graves), caso não exista a intervenção de outrem (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

A noção de parassuicídio foi introduzida por Kreitman, Philip, Greer e Bagley, em 1969, surgindo na sequência de trabalhos anteriores de diversos autores que, ao debruçarem-se sobre as características das tentativas de suicídio, se depararam com dificuldades concetuais (Roths, 2006). Segundo Saraiva (1999), o parassuicídio é um ato autodestrutivo deliberado, que imita um gesto suicidário, mas cuja intenção não é conduzir à morte. É um ato de consequências não fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano ou lesão, onde a intenção suicida é inexistente (Saraiva, 2010).

Dentro dos designados comportamentos parassuicidários, inserem-se os comportamentos de risco e de automutilação (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Nos

primeiros, entre outros, incluem-se o abuso de substâncias psicoativas e álcool, assim como o conduzir em excesso de velocidade ou em contra mão (Roths, 2006), a vivência de uma sexualidade e relações de risco, ou escolha de desportos perigosos (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Estes indivíduos não visam a morte, mas antes jogar com ela e desafia-la, provavelmente numa procura de sentido para a vida. Já as automutilações são autolesões, na maioria dos casos provocadas na pele, que é danificada ou cortada por objetos cortantes ou por produtos abrasivos, como os cigarros ou isqueiros. O indivíduo que se corta deliberadamente procura a dor, o sangue, e através deste gesto espera aliviar a tensão psicológica, diminuir a ansiedade, libertar-se dos medos (Roths, 2006).

A ideação suicida é caracterizada por pensamentos, desejos, sentimentos ou planos que o indivíduo possa ter acerca da sua autodestruição (Oliveira, 2003), e podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas (Saraiva & Gil, 2014). Os indivíduos com ideias suicidas geralmente têm planos e desejos de cometer suicídio, contudo podem não ocorrer tentativas (Bertolote et al., s.d. cit. in Costa, 2010).

3. Aspetos epidemiológicos

O suicídio é um grave problema de saúde pública, com taxas crescentes a nível global. Anualmente ocorrem cerca de 1 milhão de mortes por suicídio em todo o mundo (WHO, 2000), com um grande impacto em todos os contextos, desde o familiar ao social, passando pelos profissionais de saúde, pois consubstancia uma situação na qual o sujeito decide acabar com a própria vida (Costa, 2010).

Segundo a OMS, estima-se que no ano 2020 cerca de 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio, o que corresponde a uma morte em cada 20 segundos (Bertolote & Fleischmann, 2005).

De acordo com estudos epidemiológicos, observam-se acentuadas diferenças nas taxas de suicídio entre os diversos países e regiões, sendo as mais baixas detetadas nos países da América Central e do Sul. Nos Estados Unidos, Europa ocidental e Ásia são encontradas taxas intermédias. Por outro lado, a Europa Oriental apresenta as maiores taxas de suicídio (Nock et al., 2008). Apesar de as taxas de suicídio da China e da Índia se apresentarem dentro e abaixo da média global, respetivamente, cerca de 30% do total de suicídios mundiais são consumados nestes dois países, devido à sua elevada população (Bertolote & Fleischmann, 2005).

As taxas de suicídio apresentam-se habitualmente mais altas nas pessoas com idades mais avançadas. Porém, nos últimos anos esta situação tem-se alterado, observando-se um aumento das taxas para a faixa etária mais jovem. (Bertolote & Fleischmann, 2002). Estima-se que o suicídio seja a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 34 anos, estando entre as primeiras causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América (Rothes, 2006). No que se refere às diferenças de género no suicídio, as taxas de suicídio são duas a quatro vezes superiores nos homens comparativamente às mulheres (Hawton & van Heeringen, 2009).

De um modo geral, nos jovens, as raparigas fazem mais tentativas de suicídio usando métodos menos violentos e de menor letalidade, enquanto os rapazes se suicidam mais e recorrem a métodos mais letais. No que concerne a esta relação entre o sexo, importa ressaltar, que a proporção de comportamentos suicidários masculinos e femininos tem-se mantido nas faixas etárias dos adultos e dos idosos (Rothes, 2006).

Embora não exista nenhum acontecimento ou circunstância que possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer este ato (Vieira & Coutinho, 2008). Fatores psicológicos, como ansiedade, agressividade, solidão e baixa autoestima, têm sido associados aos comportamentos suicidas (Lau, Morse & Macfarlane, 2010) e em particular a depressão (Minayo & Cavalcante, 2010).

Na última década, de acordo com os dados do Eurostat, a taxa de suicídios em Portugal tem oscilado entre 4,5 por 100.000 habitantes em 1999 e 10,3 em 2010, com picos em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6). Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de suicidas variou entre 519 no ano de 2000 e 1098 no ano de 2010, tendo-se registado 1012 casos em 2011, o que se traduz num aumento da taxa de suicídio superior a 100% num período de 3 a 4 anos. No ano de 2013 o suicídio foi a causa de 1 053 mortes, o que refletiu uma redução de 2,1% face a 2012 (1 076). Cerca de 80% destas mortes foram homens, apurando-se uma relação de 336,9 óbitos masculinos por 100 femininos, e correspondendo a 1,5% do total de óbitos de homens no país. A idade média ao óbito foi de 59,9 anos, semelhante para os dois sexos (59,6 para os homens e 60,7 para as mulheres).

O perfil do suicida em Portugal tem-se mantido ao longo dos anos: homem, com mais de 50 anos, a viver na grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, separado, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixo nível de instrução, socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico (com história

de passado psiquiátrico), em comorbidade com perturbação da personalidade, psicopatologia por vezes associada a doença crónica dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos, com ideação de morte ou suicida prévias, incluindo tentativas de suicídio, que põe termo à vida por método violento como o enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento, trucidção por comboio, na primavera ou no verão (Saraiva, 2010).

A questão porque há mais suicídios na primavera e no verão, em Portugal, mais precisamente de maio a julho, permitiu uma especulação. Do empirismo clínico conhecem-se as depressões do “rebentar da flor” e as do “cair da folha”, independentemente da sua gravidade. Enquanto no outono o humor depressivo está em sintonia com a Natureza (triste por dentro, triste por fora), na primavera o contraste é acentuado (triste por dentro, alegre por fora). E isso torna a dor psicológica mais intolerável (Saraiva, 2010).

4. Principais modelos explicativos

O suicídio, mais do que um ato individual, possui inúmeras explicações e implicações sociais. Se as relações que o indivíduo mantém consigo mesmo, com a família, com os grupos e a sociedade podem ser determinantes para a conduta suicida, esta tem igualmente um profundo impacto social e psicossocial, originando que não exista por si só uma teoria que explique a complexidade deste fenómeno (Oliveira, 2003). Segundo Fisher e Shaffer (1984 cit. in Sampaio, 1991), existem essencialmente três modelos explicativos do suicídio: o modelo psicológico – no qual o suicídio é o resultado de um conflito interno do indivíduo; o modelo nosológico – em que o suicídio se relaciona com uma doença individual; e o modelo sociológico – no qual o suicídio é um comportamento previsível que se segue a uma determinada posição do indivíduo na sociedade e na situação vital.

O modelo psicológico

Em 1917, Sigmund Freud publica a obra *Luto e Melancolia*, na qual explica a sua perspetiva do suicídio. Essencialmente, Freud postula que assim como no processo de luto o indivíduo chora a perda do objeto amado, na melancolia o melancólico faz o luto do seu próprio Eu. Nesta situação, uma parte da energia libidinal servia para estabelecer uma identificação do Eu com o objeto perdido, enquanto a libido restante é reduzida em sadismo face ao próprio Eu – sadismo que outrora estava dirigido ao objeto e que agora se volta para o Eu, identificado com o objeto perdido. É este sadismo que constitui a chave da

conduta suicida nesta perspectiva. A intenção de cometer suicídio seria desta forma a consequência de o virar contra si próprio de um impulso contra outro (Freud, 1917).

Apesar da tendência para a autodestruição ser bastante discutida na obra psicanalítica, é Karl Menninger quem elabora uma explicação psicológica global do comportamento suicidário. Em primeiro lugar, considera o suicídio uma forma particular de morte na qual se misturam três desejos: o de matar, o de ser morto e o de morrer. O desejo de matar é uma resposta espontânea para eliminar uma ameaça ou privação, que poderá ser combatida; o desejo de ser morto corresponde a um modo de sujeição e a uma interiorização da autoridade, em que o Eu sofreria simetricamente a agressividade que desenvolve para o exterior; e o desejo de morrer corresponde a uma quantidade de energia autodestrutiva que corresponde à morte final de todo o indivíduo, de um modo progressivo, e que no suicida age brutalmente, conduzindo à morte instantânea. As forças destrutivas, quer no desejo de matar quer no desejo de ser morto, encontram-se erotizadas, traduzindo-se o suicídio numa exteriorização de narcisismo (Sampaio, 1991).

Em segundo lugar, Menninger alargou o conceito de suicídio para integrar a distinção de três tipos de suicídio: 1) o suicídio crónico que inclui comportamentos como o ascetismo, o martírio, o neuroticismo crónico e incapacitante, o comportamento antissocial e a psicose; 2) o suicídio focal, reduzido a uma parte do corpo, surgiria nas automutilações, doença maligna, cirurgias múltiplas, acidentes, impotência e frigidez; e 3) o suicídio orgânico evidenciaria componentes autodestrutivos, agressivos e eróticos da doença orgânica (Sampaio, 1991).

Apesar do ponto de vista psicanalítico não explicar todas as condutas suicidas, torna-se importante na compreensão do ato suicida, que tem de ser analisado individualmente. Furst e Ostow (1979 cit. in Sampaio, 1991) resumem os mecanismos que podem conduzir ao suicídio da seguinte forma: 1) a morte pode ser encarada como um refúgio pacífico ou como um triunfo face às limitações humanas; 2) a morte pode representar uma passagem para uma existência melhor. Existe uma intenção de preservar a essência humana, representando a morte um renascimento; 3) pode existir o desejo de recuperar um estado funcional mãe-filho idealizado pelo suicida, em que desapareceria a distinção Eu-objeto; 4) o suicídio pode consistir numa tentativa de identificação com o objeto perdido, através da morte, o que explicaria o suicídio em dias de aniversário da morte de entes queridos; 5) em situações em que existe uma divisão do Eu, normalmente numa parte boa e outra má, provoca uma dor interna que pode levar ao suicídio, na tentativa de eliminar a parte má; 6) o suicídio pode representar uma vingança contra o

objeto amado inatingível, numa fantasia de vencer a frustração através do gesto desesperado. Nesta vertente, o suicídio traduz-se no desejo homicida que é virado contra o próprio.

Em 1979, Shneidman condensa as teorias psicanalíticas, concluindo pela existência de três características gerais no suicídio: a crise suicidária aguda, a ambivalência e o aspeto relacional. A crise suicidária aguda consiste num período de alta letalidade, de curta duração, geralmente horas ou dias. A ambivalência está sempre presente em todo o gesto suicida, quer seja em menor ou em maior grau, isto é, de certa forma, todo o suicida quer e não quer morrer. Por último, em todos os suicídios podemos encontrar um aspeto relacional, isto é, em todos os suicídios existe sempre um elemento significativo implicado na conduta suicida. Este elemento significativo transforma o gesto autodestrutivo num comportamento e numa comunicação (Shneidman, 1979, cit. in Saraiva, 1991).

O modelo nosológico

Neste modelo o suicídio está relacionado com alterações psicopatológicas procedentes de doença mental, tratando-se de um sintoma de uma condição subjacente (Sampaio, 1991). Baechler (1975 cit. in Sampaio, 1991) considera que o suicídio está relacionado com um comportamento que se vai desenvolvendo e que engloba a personalidade, não sendo hereditário nem reativo a uma dificuldade ou circunstância. Estes indivíduos teriam um fraco instinto de conservação causado por circunstâncias sofridas na infância, sendo a perda precoce de um ou dos dois progenitores ou doença mental na família disso exemplo.

Baechler (1975, cit. in Sampaio, 1991, p. 48) definiria ainda o suicídio como todo o comportamento que procura e encontra solução para um problema existencial através de atentar contra a vida do sujeito, o que faz deslocar o centro de interesse para aqueles que se suicidam, para o sentido do ato suicida e finalmente para fatores que podem influenciar a formação de problemas e de situações onde a solução suicídio será provável.

Esta interpretação presume uma análise discriminada da personalidade do indivíduo e do seu contexto ambiental, para se tentar compreender porque é que alguns optam por seguir este caminho (Baechler, 1975, cit. in Sampaio, 1991).

Este autor caracterizou ainda os suicídios como: 1) afastamento, nos casos onde existe uma vontade de escapar a algo (onde inclui a fuga, o luto e o castigo); 2) agressivo, quando visa um ato agressivo contra o outro (o crime, a vingança, a chantagem e o apelo);

3) oblativo, quando procura satisfazer as necessidades de outrem (o sacrifício e a passagem); e 4) lúdico, subdividido em ordálico e o jogo (como a vida) (Oliveira, 2003).

O modelo sociológico

A perspetiva sociológica do suicídio desenvolve-se a partir de Durkheim. Este oferece-nos uma análise do suicídio como um facto social e não como um facto psicológico individual, o que traduz a sua procura no sentido de delimitar a Sociologia como um campo científico autónomo (Rodrigues, 2009).

Durkheim foi pioneiro em não considerar a estatística como forma eficaz de conceituar de forma direta o sistema de representações coletivas da sociedade no tratamento do suicídio. Ao estudar o suicídio como fenómeno social, diz-nos que “partimos do exterior, que nos é imediatamente acessível, com o objetivo de atingir o interior” (Durkheim, 1977 cit. in Rodrigues, 2009, p. 701). Por conseguinte, Durkheim consideraria duas dimensões para a tentativa de compreensão do suicídio: integração e regulação. A integração explicaria como as relações ligam o indivíduo ao grupo, enquanto a regulação esclarecia os requisitos normativos ou morais impostos para a pertença ao mesmo (Saraiva, 2010).

Durkheim, a partir da integração e regulação distingue dois eixos (egoísta/ altruísta e anómico/fatalista), onde: 1) o suicídio egoísta revelaria uma baixa integração social 2) o suicídio altruísta, pelo contrário, dizia respeito a um excesso de integração na sociedade; 3) o suicídio anómico, relativo a uma baixa regulação 4) e o suicídio fatalista referente à alta regulação na sociedade (Saraiva, 2010). Assim, as correntes suicidógeneas definem-se a partir dos dois eixos da vida social, e compreendendo os quatro tipos referidos, é proposta uma tipologia de suicídio (Sampaio, 1991). Um exemplo de suicídio egoísta reside no indivíduo deprimido; o suicídio altruísta seria retratado, no século XX, pelos pilotos *kamikaze* ou nos bombistas suicidas; e o suicídio anómico corresponderia aos desempregados e divorciados (Saraiva, 2010).

Assim, segundo o modelo sociológico, o suicídio depende do controlo da sociedade sobre os indivíduos, pois lhes impõe obrigações sociais, através dos processos de integração e regulação, moderando os seus objetivos e desejos, pelo que, o gesto suicida revela uma fraca integração social e um sucumbir às obrigações externas (Oliveira, 2003).

Stengel (1964 cit. in Sampaio, 1991) apresenta a função de apelo do comportamento suicidário ao considerar que a ação suicida seria portadora de uma mensagem, em maior ou menor grau, formulada desta forma: “quero morrer/façam alguma

coisa por mim” (p. 50). A certeza de Durkheim poderia, assim, ser posta em questão nos atos suicidas em que predomina o risco, o jogo com a morte, onde surgem fatores exteriores ao controlo do indivíduo. Todavia, para Durkheim, o importante seria a análise dos fatores determinantes do ponto de vista sociológico, o único modo de se encontrarem soluções para uma situação que, do seu ponto de vista, é claramente patológica, devido ao excesso de individualismo (Campos & Leite, 2002).

Durkheim sugere no final da sua obra *O Suicídio*, que uma das soluções para conter a desregulamentação e a desintegração sociais que estão na origem do suicídio é o equilíbrio social, através de uma solução corporativa – i.e. os grupos profissionais. Estes grupos potenciarão o desenvolvimento de ideais e sentimentos sociais, considerando que a socialização seria a única via para impedir a conduta suicidogénea (Sampaio, 1991).

Contudo, em 1930, Halbwachs adverte para a diminuição dos suicídios fatalistas e altruístas, ao mesmo tempo que considera essencial determinar os modos de vida de cada indivíduo. Não podemos então afirmar que um certo tipo de religião leva as pessoas a suicidarem-se mais. Existem outros fatores como os laços familiares, o tipo de comunidade em que o indivíduo se encontra inserido, os hábitos dessa comunidade, entre outros, que se têm de ter em conta ao analisar o suicídio (Sampaio, 1991).

Apesar de existirem pontos de vista divergentes, Durkheim foi importante para a compreensão sociológica do fenómeno suicida, existindo também a necessidade de considerar o suicídio como um assunto pessoal ligado a uma situação particular (Sampaio, 1991). Assim, Rojas (1978 cit. in Sampaio, 1991) estabelece uma ligação entre a visão de Freud e a de Durkheim ao considerar no suicídio a perda da integração com o ambiente, acontecendo a partir deste momento a conexão das situações de crise global com as estruturas específicas, como a família e a sociedade.

A existência de diferentes orientações teóricas não obriga à manutenção de fronteiras rígidas entre as diversas disciplinas científicas. Os vários contributos interdisciplinares têm demonstrado que os fatores psicológicos e sociais podem ter efeitos relevantes sobre os sistemas fisiológicos. Por outro lado, é possível admitir hoje que os estados de saúde e de doença, de uma maneira geral, incluem sempre interações significativas entre fatores individuais e ambientais (Quartilho, 2006).

5. O suicídio nas Forças de Segurança

Cada vez mais o público em geral e a comunidade científica se têm dedicado a tentar compreender/explicar o *stress* (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001). Apesar de se tratar de um fenómeno que pode surgir a partir de situações vulgares do quotidiano, o *stress* tende a tornar-se mais disruptivo quando associado ao contexto profissional (Gomes, 2006). Efetivamente, o *stress* profissional pode causar sérios prejuízos no plano pessoal, familiar, social e organizacional (Cartwright & Cooper, 1997). Adicionalmente, um aspeto preocupante relaciona-se com o facto das mudanças verificadas no mercado de trabalho apontarem para um progressivo crescimento das fontes de tensão profissional, traduzida numa crescente sobrecarga de trabalho associada à precariedade das contratações e à redução das regalias dos trabalhadores (Maslach & Leiter, 1997; Serra, 1999).

A estrutura organizacional da Polícia caracteriza-se pela rigidez burocrática, na maior parte das vezes inflexibilidade, e pela sua estrutura paramilitar (Violanti, 1995). Neste sentido, a estrutura policial apresenta-se com posições hierárquicas que espelham um estilo militar, papéis profissionais específicos e relações de trabalho impessoais. Os polícias são levados, de forma coerciva, a adotarem um comportamento de acordo com o seu papel de polícia, podendo ser punido o comportamento desadequado (Violanti, 1997, 2003). O tradicional sistema policial tem uma natureza altamente prescritiva, integrando, segundo Violanti (1996) uma “capa” necessária que oculta, envenena e aprisiona os polícias num papel que não permite desvios. A estrutura organizacional da Polícia influencia tudo o que os polícias fazem, mesmo que estes não tenham disso consciência, podendo constituir uma fonte importante de *stress* que, por sua vez poderá contribuir para a adoção de comportamentos suicidários por parte dos polícias (Bayley, 1994).

O estilo de vida dos polícias é propício a uma submissão exclusiva ao papel de polícia e a um afastamento crescente de outros papéis sociais, podendo esta situação originar depressão, isolamento social e pensamento construtivo (Violanti, 1997, 2003). O aumento do risco de suicídio poderá resultar da falta de outras identidades sociais as quais serviriam de recurso em momentos de tensão psicológica (Violanti, 1996).

Ainda segundo este autor (Violanti, 1996), os polícias têm uma relação paradoxal relativamente à sua profissão. Por um lado, é penoso aguentarem cerca de 30 anos no serviço, mas por outro é ainda mais difícil deixá-lo. Muitos vivem um conflito emocional neste período, pois querem sair, mas têm receio do impacto de uma vida exclusivamente civil. Há uma grande diferença entre o papel de polícia e o papel de cidadão, e os polícias

na situação de aposentação sentem-se muitas vezes inseguros, sem o apoio da estrutura policial. Deixar a polícia e a cultura policial que se tornou num estilo de vida, poderá ter graves consequências psicológicas, fazendo com que os polícias mais velhos fiquem altamente vulneráveis ao suicídio (Violanti, 1995, 1996).

O papel de polícia impõe a ausência de expressão de emoções, exige que o polícia construa uma barreira que o proteja da miséria humana que observa rotineiramente. Turvey (1995) afirma que é esperado que o polícia mantenha uma imunidade aparente à sua própria imunidade. Contudo, quando os polícias terminam o seu serviço, não podem voltar a “ligar” as suas emoções, como se fossem munidos de um botão, continuando presos ao papel de “homem forte” que não demonstra as suas emoções (Violanti, 2003, p.70). Violanti (1996) aborda a questão do sentimento e da ilusão de invulnerabilidade por parte dos agentes policiais. Ao nível da socialização e do treino policial é desenvolvido o sentimento e a experiência de que os agentes são “super-homens” a lidar com as emoções, nomeadamente a lidar com a adversidade, o que faz com que estes adiram à crença de que são indestrutíveis em múltiplas situações da atividade policial. Isto torna-os mais vulneráveis psicologicamente, nomeadamente após uma situação de trauma.

Turvey (1995) refere que os polícias também ficam deprimidos e desesperados como o resto da humanidade. Mas, quando um polícia assim fica, não deixa de ser polícia e dele é esperado, pela sua cultura, que tudo suporte. Os polícias esforçam-se então por encobrir os seus problemas, tentando mostrar uma imagem de tranquilidade e segurança de maneira a corresponder às expectativas dos colegas e da sociedade. Para Stone (2004), esta máscara que os polícias usam para ocultar as suas emoções, fá-los parecer “frios” ao olhar do público, que não entende que se trata unicamente de um mecanismo de defesa. Em resultado deste estereótipo de masculinidade em que assenta a cultura policial, os polícias mostram uma grande resistência em pedir ajuda, especialmente ajuda profissional (Quinnett, 1998). Para Mendes (2005, p.73), os polícias consideram-se “imunes às consequências da sua atividade policial, recusando aceitar que estão psicologicamente mais instáveis e por conseguinte não precisam de qualquer ajuda”.

Também Harpold e Feemster (2002, p.2) referem que a “personalidade de um polícia dita que este, independentemente das experiências traumáticas, deve suportar as repetidas exposições emocionais e físicas (...) como se nada tivesse sucedido”. Os próprios polícias, os meios de comunicação e a sociedade fomentam o mito de que os polícias podem experienciar trauma e violência sem que sintam os seus efeitos adversos. No

entanto, como diz Magalhães (1999, p.8), “convém não esquecer que por de trás de uma farda está uma pessoa com sentimentos, emoções e problemas iguais aos dos outros”.

Dada a natureza ímpar do seu trabalho, os policiais poderão afastar-se progressivamente da sua família, amigos e sociedade. O papel de polícia exige “despersonalização”. Todavia, as relações interpessoais exigem “personalização”. Como resultado desta contradição, as relações de um polícia não são de todo personalizadas. Mesmo as relações significativas cedo começam a tornar-se menos importantes para ele. Sentimentos como a compaixão “são desvalorizados em detrimento da cultura policial, que se torna precedente a muitas outras emoções e sentimentos” (Violanti, 2003, p.70).

Por outro lado, a experiência profissional leva os policiais a olharem a sociedade segundo uma visão dicotómica, ou seja, os policiais são os protetores da justiça e a sociedade é vista como o inimigo (Violanti, 1996). Os policiais começam, assim, a construir propositadamente uma barreira entre eles e todos os que não são policiais. (Stone, 2004). Genericamente, as atividades dos policiais passam a girar em torno da organização policial e apenas os colegas de profissão são, segundo Violanti (1996), considerados amigos de confiança, pois são aqueles que devido à sua própria experiência compreendem as vivências e problemas dos camaradas. Durkheim (1897/2000) argumenta que o isolamento social (que poderá caracterizar o estilo de vida de alguns elementos policiais) pode configurar um importante fator de risco para o suicídio, demonstrando na sua investigação, que indivíduos ou grupos isolados têm tendência a cometer mais suicídios. Para este autor, o suicídio baseia-se na ausência de integração social, que torna os sujeitos mais vulneráveis ao suicídio. Ainda relacionado com o isolamento social, é importante referirmos o facto de que grande parte dos efetivos policiais, quando termina os seus cursos, é destacada para fora das suas áreas de residência, obrigando-os a afastarem-se fisicamente das suas famílias e relações significativas. Efetivamente, Mendes (2005, p.83), realça que “o destino primeiro da maioria dos alistados é Lisboa e suas periferias (...) o que pode causar uma inebriante autonomia, a que sobrevirá mais cedo ou mais tarde, um crescer da solidão, do desenraizamento, da incerteza, da inconstância, das preocupações próprias e alheias”.

Apesar de tudo, segundo Pines e Keinan (2006), são os fatores organizacionais que os profissionais das forças de segurança pública mais referem como indutores de pressão, destacando a estrutura organizacional militarista, hierárquica e altamente burocrática da força policial, a falta de apoio por parte das chefias e da administração e as poucas oportunidades de progressão na carreira. Evidencia-se um excesso de carga horária, sendo

um dos lemas das instituições policiais, que se é polícia vinte e quatro horas por dia. Ser-se polícia é um ofício de turnos, onde quase todos os dias se trabalham em horários diferentes. Especificando, um polícia de serviço da meia-noite até às oito da manhã que tenha efetuado uma detenção, tem de elaborar o expediente para o ministério público e pela manhã, já depois de efetuado o turno de serviço, tem de se apresentar em tribunal, fazendo com que um turno que inicialmente seria de oito horas passe a ser de doze a dezasseis horas. Ora, se o seu próximo turno for novamente da meia-noite às oito horas, o seu descanso será assim muito reduzido (Rebelo & Leal, 2010).

Como resultado da submissão constante a situações de *stress*, surgem consequências de natureza física (e.g., doenças cardiovasculares, problemas de estômago, doenças psicossomáticas, níveis elevados de cortisol, colesterol e pressão sanguínea), psicológica (e.g., cinismo, raiva, indiferença, baixa satisfação laboral, desordens de ajustamento e de *stress* pós-traumático) e comportamental (e.g., declínio da qualidade no desempenho profissional, agressividade, absentismo, abuso de drogas e, mesmo, tentativas de suicídio) (Abdollahi, 2002; Carlier, Lamberts & Gersons, 2000; Keinan & Pines, 2007; Pines & Keinan, 2005; Stephens, Long & Flett, 1999; Violanti et al., 2006).

Alguns autores apontam a atividade policial como uma das mais stressantes do mundo (Dantzer, 1987; Selye, 1984). Para tal, contribui o facto de as suas funções incluírem, para além das fontes de pressão de outras ocupações (e.g., trabalho por turnos, o excesso de horas de trabalho, etc.), uma área de tensão específica à sua atividade: o risco de vida para o próprio e para os outros.

Também Aster (2008) argumenta que fazer parte de uma força policial é uma das profissões mais exigentes, física e psicologicamente. Em termos físicos a exigência advém da disponibilidade de um conjunto de respostas e de nem sempre poder fazer uso das mesmas, apesar da sua integridade física poder estar em risco. Ao nível psicológico porque os elementos policiais estão, quase sempre, em contacto com situações desagradáveis, de desconforto, de *stress* e até mesmo traumáticas e violentas. Com efeito, a literatura tem referido, como um dos principais fatores de *stress* associados à natureza das tarefas das forças de segurança pública, a exposição a situações potencialmente traumáticas e emocionalmente exigentes como, por exemplo, os casos de violência e confronto físico, o testemunho de acidentes, os incidentes com armas, a presença em tribunais e o contacto diário com os cidadãos (Afonso & Gomes, 2009; Burke & Mikkelsen, 2006; Kohan & Mazmanian, 2003; Kop, Euwema & Schaufeli, 1999).

McCafferty et al. (1992 cit. in Violanti, 1996, p.33) defendem que há uma “constante exposição à hostilidade, raiva, agressão, depressão e tragédia nos vários eventos e confrontações diárias que ocorrem no dia-a-dia de um polícia”. Bayley (1994) refere precisamente que os efetivos policiais se deparam com situações de risco e contactam frequentemente com o lado mais marginal e intransitável da sociedade, como a luxúria, perversão, ganância, raiva e maldade; sendo portanto, de acordo com Bittner (1975), uma profissão que tem que enfrentar o que de pior a sociedade apresenta. A este propósito, Violanti (1995) afirma que o cidadão comum não testemunha numa vida inteira a quantidade de morte e violência a que um polícia assiste apenas num único mês.

Também a morte é uma realidade constante na vida de um polícia, pois ele tem de lidar com a morte das vítimas, dos criminosos, dos colegas de trabalho e com a possibilidade do próprio morrer a qualquer momento durante a sua atividade profissional (Nuber, 1993). Tendo em consideração estas vivências traumáticas e devastadoras, não é de estranhar que os polícias apresentem uma maior probabilidade de revelar perturbações físicas e emocionais que poderão estar relacionadas diretamente com a experiência de *stress*. Níveis elevados de *stress* e o acesso a armas, será uma conjugação de risco, por certo na origem de muitos suicídios que se verificam nas forças policiais (Silva, 2002).

Os elementos policiais quando confrontados com o *stress* crónico, poderão decidir-se por um tipo de pensamento construtivo de “tudo ou nada” e, desta forma, o risco de suicídio aumenta consideravelmente. O suicídio aparece como a melhor solução, ou no momento, a única solução para resolver o problema. A este tipo de disposição Clark e White (2003, p. 23) dão o nome de “visão de túnel”, na qual o indivíduo apenas considera um número limitado de opções, uma das quais consiste em pôr fim à vida. A depressão pode afetar os sujeitos de qualquer faixa etária, desde a infância à terceira idade, e se não for identificada e tratada, pode levar ao suicídio, uma consequência que tem estado cada vez mais presente no seio das instituições, Guarda Nacional Republicana (GNR) e da PSP, (Bahls, 2002). Tratando-se de um fator bastante importante a considerar, o suicídio nas forças policiais surge em número superior comparativamente com a população em geral, no contexto de reações extremas ao *stress*. Em 1976 já Maslach afirmava que os agentes policiais apresentavam na altura uma taxa de suicídio seis vezes e meio mais elevada, em comparação com outras profissões.

Gershon, et al., (2002) e Glensor (1999), afirmam que a atividade policial é de elevadíssimo risco de suicídio devido a múltiplos fatores: (1) o acesso a armas de fogo e ao conhecimento do seu manuseamento; (2) a exposição contínua à miséria humana e o *stress*

associado; (3) trabalho por turnos; (4) dificuldades conjugais e sociais; (5) consumos de álcool e estupefacientes; (6) o isolamento, nomeadamente o afastamento físico da família, uma vez que são colocados profissionalmente fora do seu contexto sócio familiar; (7) a cultura policial e a sua dificuldade em admitir a necessidade de ajuda como sinal de fraqueza.

Os efeitos do *stress* crónico, aos quais sabemos que os polícias estão sujeitos, poderão conduzir, em última instância, a um comportamento desadaptado, que é o suicídio. Tendo presente este pressuposto, Joiner e colaboradores (1999, cit. in Packman et al., 2004) defendem que com a ocorrência de eventos stressantes, o risco de suicídio intensifica. Ora, na atividade policial, estes elementos stressantes são frequentes. Daí que Silva (2002, p.54) advogue que “o *stress* consiste num dos maiores fatores de risco do suicídio na polícia, estimando-se em 90% os suicídios nesta profissão que são passíveis de se atribuir ao *stress*”. De acordo com Violanti (1996, p.36), o suicídio revela uma “tentativa do polícia em restaurar sentimentos de poder, coragem e domínio sobre o ambiente após exposição a um incidente traumático”. Neste sentido, estudos como o de Danto (1978, cit. in Violanti, 1996) mostra que 11 polícias que cometeram suicídio tinham já sofrido ferimentos e todos tinham passado por acidentes de viação durante as suas carreiras, e o de Loo (1986, cit. in Violanti, 1996) que 15% dos polícias que haviam cometido suicídio, tinham estado recentemente envolvidos em situações traumáticas.

Em Portugal, Carmo (2001), analisou os casos de suicídio de elementos policiais da PSP registando no período entre 1992-2000, 40 casos em elementos do sexo masculino e um do sexo feminino. Neste estudo a taxa anual de suicídio na PSP é de cinco casos em cada 20 000 polícias, uma taxa muito superior à média nacional que é de cerca de 1,6 por cada 20 000 habitantes. É referido ainda que as faixas etárias mais jovens (24-29 anos) são as que apresentam maior percentagem de suicídios (47%). A maioria dos suicidas eram operacionais, utilizou a arma de fogo como método de execução da sua intenção e tinha problemas conjugais e familiares (34%). Do total de suicídios cometidos por agentes da polícia entre 1992 e 2000, 44% encontravam-se deslocados.

Existem ainda estudos que indicam como comportamentos associados à atividade policial consumos elevados de álcool e drogas consequentes do *stress* profissional, decorrente de outros problemas, como o desajuste conjugal, a depressão e a ideação suicida (Richardsen et al., 2006). Passos et al., (2004), do Gabinete de Psicologia da PSP, avaliaram a ideação suicida e o alcoolismo na PSP, sendo que dos 1309 agentes a frequentar os serviços, 108 apresentavam ideação suicida e/ou história de tentativa de

suicídio, e/ou problemas de alcoolismo. Desta amostra 101 (93,5%) eram do sexo masculino e sete (6,5%) do sexo feminino, com uma média de idade de 44 anos. Os resultados demonstraram relações significativas entre ideação suicida, consumo de álcool e tentativa de suicídio. Constatam ainda, uma elevada correlação entre a escala de depressão, o consumo de álcool e a ideação suicida.

Segundo Sampaio (2007), a disponibilização de ajuda imediata a alguém em risco de suicídio é fundamental, através do encaminhamento para uma consulta especializada, com detecção e intervenção precoce junto dos agentes em risco. Em 2005, deram-se nove suicídios, entre a GNR e a PSP e 45% destes agentes tinham pedido ajuda.

Quem contempla o suicídio como uma alternativa válida para solucionar os seus problemas, configura também um método para o levar a cabo. Esta decisão normalmente está relacionada com os valores, a identidade pessoal, a profissão de cada um e obviamente a disponibilidade do método selecionado. Assim, “os anestesistas tendem a usar drogas, os pilotos a usar um avião e os polícias, na sua maioria, usam a arma de serviço” (Quinnett & Watson, 2003, p.43). A arma de serviço é mais do que um instrumento de trabalho, tem um significado especial para os polícias, pois confere um símbolo da sua autoridade, da sua identidade como protetores da justiça e do seu poder sobre a sociedade. No trabalho, a arma de serviço torna-se “um escudo físico e psicológico; enquanto presente, visível para todos, ela coloca o polícia em vantagem relativamente à restante sociedade” (Violanti, 1996, p.44). Contudo, a arma de serviço não representa apenas o estatuto do polícia na comunidade, ela consiste igualmente num instrumento a ser usado como último recurso aquando de um conflito percebido como insolúvel. O valor simbólico da arma poderá ajustar-se na derradeira solução encontrada para suprir a adversidade com que é confrontado: o suicídio. Para o polícia, a arma que lhe é confiada para assegurar o cumprimento da lei, constitui um ótimo método para pôr fim à dor e sofrimento sentidos, fruto da segregação social, da falta de atividades recreativas extrapoliciais e da pressão exercida pelas expectativas de “super-homem” que são impostas pela sociedade. No entanto, em vez de admitir os problemas e o sofrimento que vive, atitude que poderá ser interpretada como um sinal de fraqueza numa ocupação que exige controlo, o polícia opta por pôr fim à sua própria vida (Wienecke, 1999).

O suicídio é frequentemente um ato impulsivo. Não obstante esta impulsividade, a natureza letal da arma assegura muito pouca oportunidade de salvamento e ressuscitação (Quinnett, 1998). E esta arma está praticamente sempre ao dispor imediato do polícia, quer em serviço, quer fora do serviço, constituindo, assim, um precipitante de grande valor no

suicídio desta classe profissional. A grande diferença entre o suicídio na população geral e o suicídio na polícia, é precisamente o acesso facilitado às armas de que esta última categoria usufrui.

Diamond (2003), salienta que muitas das tentativas de suicídio são mal sucedidas devido ao uso, na sua maioria, de métodos não letais. Contudo, o acesso facilitado e a familiaridade do polícia com a arma tornam um ato impulsivo numa realidade permanente, que é a morte. Efetivamente, o método privilegiado de suicídio praticado pelos polícias é a arma de serviço. Consistente com esta afirmação, são os dados de Marzuk e colaboradores (2002) que, num total de 80 suicídios de polícias contabilizados entre 1977 a 1996, concluíram que 75 (94%) usaram arma. Também Violanti (1995, 1996) sugere que as armas são o método eleito em 95% dos suicídios na polícia. A realidade nacional vai de encontro a estes dados, nomeadamente os dados apresentados por Carmo (2001) sobre o suicídio nos elementos da PSP, que confirmam a utilização da arma de fogo como o método mais utilizado.

6. Prevalência do suicídio na Polícia de Segurança Pública

Em Portugal, entre os anos 2004 e 2015 ocorreram 48 suicídios entre elementos da PSP, dos quais 46 eram homens e duas mulheres. Em termos percentuais, 96% dos polícias que se suicidaram eram do sexo masculino e apenas 4% do sexo feminino.

No período compreendido entre 2004 e 2015 o número de suicídios por ano oscilou entre zero nos anos 2004 e 2012, e oito no ano 2015, traduzindo-se numa média de quatro suicídios por ano.

Tabela 1

Número de suicídios ocorridos entre 2004 e 2015

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Suicídios	0	5	5	2	4	5	3	7	0	3	6	8

Fonte: Gabinete de Psicologia da PSP

Dos 48 suicídios ocorridos, em 40, foi utilizada a arma de serviço. Nos restantes a morte foi autoinfligida por duas vezes com arma de caça e também por enforcamento. Nos restantes quatro suicídios foram utilizados a arma de fogo pessoal, precipitação, precipitação/afogamento e envenenamento.

A faixa etária varia entre os 23 e os 57 anos, registando-se o maior número de suicídios entre os 30 e os 49 anos de idade correspondendo a 31 suicídios, ou seja, 65% dos suicídios.

As idades registadas com que os elementos da PSP mais se suicidaram foram com 36 anos (quatro suicídios) e com 29, 33, 41, 42, 48, 50 e 53 (três suicídios).

Relativamente aos Comandos da PSP onde estes ocorreram, registaram-se em número mais elevado nos Comandos Metropolitanos, tendo ocorrido 19 em Lisboa e sete no Porto. Nos Comandos Regionais, de Setúbal e de Faro registaram-se cinco e quatro suicídios, respetivamente. Os Comandos Distritais de Viseu, Guarda, Leiria e Santarém registaram cada um, dois suicídios. Com apenas um suicídio registado encontram-se os Comandos Distritais de Portalegre, Vila Real, Coimbra e Aveiro, e o Comando Regional da Madeira.

7. Prevenção e pósvenção

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. “No entanto, apesar desta extraordinária complexidade, os objetivos da prevenção do suicídio são extremamente simples: eliminar ou mitigar os fatores de risco e maximizar os fatores promotores de resiliência” (Santos, 2014, p.111).

A prevenção do suicídio, apesar de ser complexa, é possível, atendendo à existência de fatores de risco e sinais de alarme identificáveis. “Por prevenção do suicídio entendem-se as estratégias que procuram reduzir os fatores de risco (perturbação depressiva) e promover os fatores protetores (suporte familiar e social)” (Brás, Cruz & Saraiva, 2014).

Certas ideias que por vezes são transmitidas acerca do suicídio, tais como: os atos suicidas acontecem sem avisos ou sinais prévios; não é possível prevenir o suicídio, pois quem já pensou ou tentou cometê-lo vai acabar por fazê-lo; os pensamentos suicidas são permanentes; não se deve falar sobre suicídio com quem nunca pensou nisso, pois pode levar à sua concretização; não se deve falar sobre suicídio com pessoas que tenham intenção de o cometer; o objetivo dos atos suicidas é chamar a atenção; quem quer suicidar-se não aceita ajuda; os atos suicidas têm origem hereditária; e os atos suicidas são sempre resultado de uma doença mental; não são factos mas mitos, que apresentam consequências negativas e funcionam como entraves às estratégias de prevenção (Brás & Cruz, 2014).

Atualmente Portugal, à semelhança de um já elevado número de países, possui estratégias nacionais para a prevenção do suicídio. Estas estratégias encontram-se definidas no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 e contempla a realidade nacional, bem como as orientações mais recentes da OMS, tendo por base a sua publicação “Public Health Action for the Prevention of Suicide” (2012). Este plano tem ainda em conta as recomendações constantes do “Suicide Prevention Action Network, USA” (2001) para a implementação de medidas preventivas e são contempladas: medidas universais, destinadas à população em geral; medidas seletivas, para grupos de risco específicos; e medidas indicadas para indivíduos em elevado risco (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, 2013).

Algumas das estratégias definidas no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013), elaborado por uma comissão de peritos, maioritariamente membros da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), passam por:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de suporte à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento das perturbações mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar os meios de comunicação social a noticiar apropriadamente os suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a colheita de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registos estatísticos;
- Prover formação para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (gatekeepers) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Pensar sobre a importância destas estratégias, pode ajudar inicialmente à tomada de consciência de um problema existente, pouco falado e deixado ao esquecimento, como se a omissão tivesse o dom de o fazer desaparecer. Algumas medidas que poderiam ser

equacionadas em Portugal, segundo Saraiva (2010), resultam da análise das estratégias apresentadas anteriormente:

- Existência de uma legislação mais rígida sobre aquisição e armazenamento de pesticidas, cujo cumprimento fosse assegurado por inspeções regulares, com avultadas coimas para os infratores;
- A restrição ao uso e porte de arma de fogo deveria ser muito mais rigorosa. Através de um rastreio cuidado de testes médicos e psicológicos exigentes, por exemplo para descartar alcoolismo, bipolaridade, consumo de drogas, doenças da personalidade, debilidades mentais ou mesmo psicoses, aplicando-se também para a passagem da carta de caçador;
- A nível da comunidade seria determinante uma regulação sobre a comunicação social em relação ao “como dar as notícias de suicídio”, de modo a não potenciar o fenómeno da imitação. A este nível a OMS elaborou um manual para os Média com indicações sobre a forma como deveriam noticiar os suicídios, reduzindo o impacto da informação. Alguns estudos evidenciam um aumento da ocorrência de suicídios, após se ter noticiado de forma sensacionalista um suicídio, principalmente se o suicidado se encontra entre os chamados *ídolos*. É clássico o estudo efetuado por David Phillips (1974), ao compilar notícias de primeira página de suicídios do jornal *New York Times*, entre 1946 e 1968, e examinando os dados estatísticos do suicídio. Verificou um aumento de casos logo no mês seguinte, chamando *efeito Werther* a esse fenómeno, nome do famoso livro do alemão Goethe, do século XVIII, que havia desencadeado uma onda de suicídios na Europa, principalmente em jovens românticos;
- Promover ações de sensibilização dos reclusos e profissionais das prisões, relativamente aos sinais preditivos de suicídio. Enfatizar junto dos profissionais de saúde que trabalham com os reclusos, a importância de disponibilizar tempo para os escutar;
- Deveria haver restrições ao acesso a sítios altos através de barreiras ou redes de modo a diminuir a probabilidade de suicídio por precipitação. Casos de pontes ou falésias sobre o mar. Nesses locais de “culto suicida”, como há vários em Portugal, poderiam ser colocados cartazes com “frases específicas” e “imagens adequadas” a quem está a sofrer de ambivalência suicida (por exemplo, uma mãe com uma criança ao colo; uma criança a passear o seu cachorro, etc.) e informação de

contactos telefónicos SOS para que alguém pudesse estabelecer conversação no momento. Apesar da eficácia dos Centros SOS ser discutível relativamente à diminuição das taxas de suicídio, parece evidente a sua ação positiva na luta contra a solidão, angústia e desespero;

- Recentemente surgiu outra área que carece de intervenção, que se tem vindo a revelar modeladora de comportamentos, a utilização da “internet”. Funciona como promotora de comportamentos pró-suicídio, através da incitação ao ato em inúmeros sites. A este nível serão precisas medidas globais, onde será necessário que a OMS, os governos e os grandes servidores da “net” se encontrem para equacionar soluções;
- Ao nível da saúde são reconhecidas algumas insuficiências dos médicos de família na deteção precoce dos quadros depressivos. Daí decorre o imperativo de uma melhor formação na área da saúde mental. Os aspetos familiares, psicossociais, como os da reabilitação psiquiátrica, também não podem ser descurados. Em relação ao mundo do álcool e das drogas exige-se um trabalho hercúleo, específico, uma guerra com muitas frentes de combate, cujas armas não poderão ser apenas as do arsenal da psiquiatria. A âncora em aspetos culturais e sociológicos que carecem de intervenções sociais robustas e consistentes ao longo do tempo;
- Ao nível da Escola convocam-se todos os protagonistas, todos os agentes escolares. Sabemos que a Escola fornece instrução e conhecimento, mas também deverá ser local de educação cívica, de formação, de socialização, de divertimento, de prática desportiva. Onde se deve aprender a ganhar e a perder. Um espaço de conforto e de satisfação pelo sentimento de pertença, essencial ao espírito de corpo;
- Ao nível da política social, compete ao poder político minorar alguns dos fatores de risco do suicídio, principalmente os que se prendem com o desemprego, isolamento, exclusão social, pobreza, solidão e falta de apoios médico-sociais.

O suicídio ainda hoje se inscreve no lado dos assuntos ocultos, quer na família como na comunidade. O seu impacto pode condicionar todo o percurso dos que o assistem, mas esta necessidade de o manter em segredo muitas vezes condiciona a resolução efetiva dos problemas posteriores e impede que se pensem medidas para o prevenir.

Especificamente, no que diz respeito às forças de segurança, Peixoto, Saraiva e Santos (2014), referem a sua atividade é caracterizada por circunstâncias especiais, defendendo que o programa de prevenção para as forças de segurança devem basear-se

num adequado processo de seleção de candidatos, restrição do uso e porte de armas em determinadas circunstâncias, criação de uma linha SOS de ajuda e intervenção em crise e numa avaliação periódica e aleatória do abuso de álcool e outras substâncias.

Atendendo a que o suicídio é um fenómeno complexo e abrangente, cabe também fazer alusão àquelas pessoas que rodeiam o tentador ou suicida, neste caso os sobreviventes. Para Campbell (2002), o sobrevivente é aquele indivíduo que sofre um impacto significativo pela morte de alguém por suicídio. Um estudo realizado por uma equipa de investigadores da Universidade de Évora (Santos, Campos & Tavares, 2015) concluiu que grande parte dos indivíduos que perderam um elemento do seu agregado familiar por suicídio se apresentam emocionalmente perturbados (e.g. depressão, ansiedade, hostilidade) e em risco suicidário.

A *pósvenção* é uma intervenção realizada após um suicídio, em grande parte sob a forma de apoio ao luto (entre a família, amigos, profissionais e colegas).

Shneidman (1973) designou por *pósvenção* a intervenção específica sobre os familiares e amigos do suicida, e cujo principal objectivo seria ajudar à resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de eventuais ideias ou tendências suicidas.

Familiares e amigos da vítima de suicídio podem estar em risco aumentado de suicídio. O objetivo é apoiar as pessoas afetadas e reduzir a possibilidade de contágio do suicídio.

Em Portugal, não foi ainda efetuado um estudo sistemático sobre as necessidades dos sobreviventes, no entanto existem estudos internacionais (Jordan, Fielgeman, McMenemy & Mitchell, 2011; McMenemy, Jordan & Mitchell, 2008) com informações úteis e que dão resposta às necessidades dos enlutados por suicídio. O suporte por profissionais de saúde especializados e o apoio da família e dos amigos, são algumas dessas necessidades, no entanto, a sua satisfação é muitas vezes dificultada pela inexistência de serviços apropriados, pela incapacidade financeira para pagar serviços ou mesmo pela falta de vontade, devido ao estado debilitado e traumatizado em que se encontram. A exposição ao suicídio tem consequências graves, podendo a falta de medidas de pósvenção provocar a ocorrência de mais suicídios, pelo que é extremamente importante a implementação destas medidas para confortar e ajudar os enlutados e evitar, em última instância, mais suicídios (Santos & Tavares, 2014).

II – Enquadramento teórico

1. Representações Sociais

O estudo das representações sociais visa identificar a forma como o mundo é representado pelos sujeitos e, como essa representação é progressivamente construída e transformada através dos significados manifestos na interação humana (Jesuino, 2012).

Serge Moscovici, na década de 1960, foi o precursor (da teoria) das representações sociais baseando este conceito a partir das representações coletivas de Durkheim, focalizando a interação entre o individual e social (Sá, 2002 cit. in Morais & Sousa, 2011).

Por representações sociais entende-se um conjunto de valores, ideias ou práticas, elaborados socialmente, que permitem a partilha de uma realidade, regulam a relação do indivíduo com o mundo e orientam a sua conduta (Jodelet, 1989; Moscovici, 2001). Podem ser definidas como conhecimento do senso comum sobre assuntos gerais (e.g. saúde, trabalho, família, dinheiro) em diferentes grupos sociais ou profissionais. Estas são o modo através do qual as pessoas dão sentido a diferentes objetos, fenómenos, acontecimentos, que são novos, estranhos, desconhecidos, ameaçadores (Moscovici, 2001).

As pessoas usam no seu dia-a-dia estas perceções/representações partilhadas para darem sentido às suas experiências e para regularem o seu comportamento. De um modo geral, as representações permitem dar sentido aos acontecimentos, construindo convenções, ao mesmo tempo que prescrevem condutas (Moscovici, 2001). As representações sociais operam através de dois mecanismos fundamentais: a ancoragem e a objetivação, constituindo não só o produto de toda uma construção social, mas também um processo (Jodelet, 1989; Neto, 1998; Moscovici, 2001).

Neto (1998) distingue estes dois mecanismos, na medida em que, enquanto a ancoragem reflete “a intervenção da representação no social”, a objetivação consiste na “intervenção do social na representação” (p.459). Ancoragem consiste na integração de informação em categorias, em esquemas pré-concebidos, facilitando assim a nomeação de objetos e acontecimentos, a sua classificação, na medida em que lhes atribui determinada polaridade, contribuindo, portanto, para a interpretação de factos e construção de opiniões (Moscovici, 2001).

A objetivação, permite a concretização de algo abstrato, na medida em que lhe atribui características, associa imagens, torna real e visível o que não é palpável. Assiste-se à construção de uma nova realidade, não sendo possível distinguir o que é construído

mentalmente da realidade objetiva (Neto, 1998). Isso contribui para que, ao estudo das representações sociais, se encontre subjacente a assunção de que o indivíduo não responde tanto, no seu dia-a-dia, a uma realidade concreta, objetiva, quantificável, mas antes a uma realidade construída, modificada de acordo com esquemas preexistentes, resultantes de toda uma história desenvolvimental, em que a socialização detém um papel determinante (Jodelet, 1989).

Estas construções encontram-se em constante mutação, determinadas por fatores inerentes ao próprio sujeito, pela ideologia seguida pelo mesmo e pelo sistema social, assumindo particular relevância a relação que este mantém com o mesmo (Jodelet, 1989).

É importante debruçarmo-nos sobre estas concepções subjetivas, na medida em que as representações sociais vão servir de grelha de leitura da realidade, e, consequentemente determinar comportamentos (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Pereira, Santos & Ordaz, 2000).

O estudo das representações sociais tem por base o princípio de que os indivíduos não respondem a fatores objetivos da realidade per se, mas sim à sua representação, pelo que é importante apreender de que forma se organizam as representações e que fatores intervêm nas mesmas (Jodelet, 1989).

Muitas vezes, o estudo experimental das representações sociais é considerado artificial. Porém, a experimentação associada a este tipo de variáveis é bastante rica, pois é dada particular relevância a fatores cognitivos e simbólicos (Jodelet, 1989). Desta forma, é possível compreender, além dos comportamentos e fatores mensuráveis, todo um processo de significação (Grisez, 1975, cit. in Jodelet, 1989).

Moscovici classifica as representações em três tipos ou categorias: 1) sociais hegemónicas, aquelas que são partilhadas por um grupo fortemente estruturado (e.g. um partido político), que parece ter um carácter uniforme e que prevalece em todas as práticas simbólicas ou afetivas; 2) as sociais emancipadas pertencentes a subgrupos, que se mantêm mais ou menos em contacto, revelam a troca e a interligação de um conjunto de conhecimentos, saberes ou ideias sobre um mesmo objeto; e 3) as sociais polémicas, que se geram no decurso de conflitos, antagonismos e controvérsias entre grupos sociais e os seus respetivos membros (Neves, 2010).

2. Representações sociais do suicídio

A teoria das representações sociais é abrangente e complexa, revelando na psicologia, grande elasticidade e vitalidade, sendo adequada às mais diversas populações,

contextos e temáticas, com o objetivo de encontrar “a verdade” (Oliveira & Amaral, 2007). Estudar e encarar o suicídio como um fenômeno social é “contribuir para a erradicação da ideia vulgar, pertinazmente conservada, de ser o suicídio um ato cujas causas se hão de achar exclusivamente no foro individual” (Freitas, 1982, p. 267). Não se pretende negar a existência de uma liberdade pessoal onde a escolha de morte ou de vida se torna irreversível. Cada indivíduo decide-se pela eficácia da representação. Contudo, ignorar o contexto social do suicídio é perder a transgressão, feita pelo indivíduo, da norma que proíbe a autodestruição (Freitas, 1982).

Determinar as representações sociais acerca do suicídio é compreender as formas que os indivíduos usam para criar, transformar e interpretar a problemática veiculada à sua realidade (Vieira, Saraiva & Coutinho, 2010). Permite conhecer pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas (Oliveira & Amaral, 2007). “Não existem representações individuais, idiossincráticas, casuais e desenraizadas das pertencas dos indivíduos, quando estamos perante um objeto social” (Amâncio, 1999 cit. in Oliveira & Amaral, 2007), pois as formas de pensar, sentir e agir não podem ser particularizadas.

No estudo das representações do suicídio recorre-se a símbolos baseados na nossa tradição histórico-social que nos unem à vida e que permitem tornar familiar algo que à partida é estranho (Oliveira & Amaral, 2007). É difícil entender e aceitar a nossa morte bem como a morte do outro, pelo que este acontecimento é sempre traumatizante. O medo e a ansiedade que a morte causa, tem origem na existência, em nós mesmos, de um forte apego à vida e no instinto de defesa, bem como na certeza da nossa mortalidade (Schimmel et al., 2007 cit. in Rodrigues, Oliveira & Sampaio, 2010).

Num estudo realizado por Roen, Scourfield e McDermott (2008), cuja finalidade foi a análise de significados que os adolescentes atribuem ao suicídio, estes percecionam o suicídio como algo proibido e vergonhoso, como uma opção que não ocorre em *boas famílias*, originando choque, sofrimento e tristeza. É considerado um tema facilmente acessível e parece ter uma função apelativa, ao estabelecer uma tentativa de solucionar os problemas, de acabar com o sofrimento. Apesar de surgir uma responsabilização vincada daquele que se suicida, muitos adolescentes levantam ainda a hipótese de ausência de intencionalidade, constituindo a morte um resultado não esperado. Ao contextualizarem o ato suicida, os adolescentes deste estudo, salientam as relações interpessoais e o sentido de pertença, que pode operar como fator preventivo ou desencadeador.

Num estudo efetuado por Oliveira (2003) cujo objetivo era identificar as dimensões que estruturam as representações dos adolescentes, sobre morte, suicídio, vida e música, os

jovens participantes descreveram o suicídio como um ato desesperado que resulta na morte, sendo concebido enquanto uma forma de gerir a tristeza sentida. Associam-lhe expressões como drogas, sangue, arma, doença ou loucura. O suicídio surge, também neste estudo, enquanto ato recriminável sendo caracterizado como estupidez, cobardia ou fraqueza. A abordagem deste tema provoca, simultaneamente, pena, medo, tristeza, revolta, confusão e reflexão.

Sampaio e colaboradores (2000) levaram a cabo uma investigação, cujo objetivo principal consistiu na identificação de dimensões estruturantes das representações de suicídio. Foram identificadas causas de cariz intraindividual (baixa autoestima, sentimentos de perda, desilusão e insegurança), interativo (injustiça relacional, distributiva e relacionada com amigos), psicossocial (influência social e isolamento) e biológico (fatores biológicos). Na descrição do estudo realizado, são ainda colocadas em evidência outras possíveis causas, apontadas como tendo uma grande relevância para a explicação do suicídio: ausência de família e amigos (mau ambiente e incompreensão familiar), abuso de substâncias (tem problemas de álcool e drogas) e fuga aos problemas (pensa que os problemas não têm solução e quer fugir aos problemas).

Ao cruzarem as representações obtidas com as variáveis independentes (i.e. sexo, idade, influência da ideação suicida e região) concluíram que as raparigas valorizam causas de natureza afetivo-emocional e interpessoal, incluindo sentimentos de perda, no que concerne ao suicídio; a idade tem igualmente efeito significativo, uma vez que os mais novos apontam exatamente as mesmas causas de natureza afetivo-emocional; no que diz respeito à influência da ideação suicida, constata-se que os jovens que já pensaram em suicidar-se valorizam fatores de natureza intraindividual, psicossocial e biológica, enquanto os que nunca pensaram nisso atribuem o suicídio a causas externas; e, por fim, relativamente à região, os jovens do Alentejo e Norte do País são aqueles que se referem a causas de cariz biológico e interpessoal.

Roths (2006) estudou a perceção do suicídio juvenil em profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos, psiquiatras e médicos. Este estudo permitiu compreender que os profissionais deste estudo representam a explicação do suicídio e da tentativa de suicídio juvenis através de uma multiplicidade de causas e significados, destacando-se, dentro desta diversidade, a depressão. Concluiu, deste modo, que a estrutura dos universos de significação vai de encontro a uma visão integrativa de significação do suicídio. Apesar de existir uma experiência prática, verifica-se, também, um silêncio sobre a morte nos profissionais de saúde. A forma como explicam o suicídio ou a tentativa de suicídio, assim

como o que pensamos sobre a morte não são ideias separáveis dos fatores que caracterizam as sociedades atuais. A partir da análise das respostas em função da pertença grupal concluiu-se que esta é uma variável modeladora de diferenças nos conteúdos representacionais dos Psicólogos, dos Psiquiatras e dos Médicos. Os resultados em função dos três grupos considerados levam a admitir, e de acordo com a teoria das representações sociais, que as formações de base de referência conjugam-se com as características da experiência prática e ainda com as experiências quotidianas na emergência das representações profissionais do suicídio juvenil.

Também Moraes e Sousa (2011) estudaram a relação entre representações sociais e suicídio numa comunidade de Brasília, no Brasil, onde os índices de suicídio são dos mais elevados do país. Deste estudo reuniram diferentes representações, tais como: o suicida enquanto pessoa fraca, triste e depressiva, covarde, egocêntrica, fraca, com problemas, introvertida, descrente em Deus, não religiosa e excluída socialmente.

Joana Costa (2013) estudou as percepções dos alentejanos relativamente ao suicídio, tendo em conta que é no Alentejo se encontra a taxa de suicídio mais elevada em Portugal. Neste estudo a definição de suicídio surge organizada em torno de campos semânticos que estruturam o suicídio como um ato de profundo desespero, solidão e tristeza, e que está associado à doença e à depressão. Parece existir também uma atribuição do significado do suicídio associado ao fim dos problemas que não têm outra solução, o que resulta na morte da aparente dádiva que é vida. O suicídio é ainda associado aos diversos problemas da vida dos indivíduos, o que justifica a necessidade de fuga, de saída, de fim da vida. Para as pessoas que se suicidam, os alentejanos parecem reservar a imagem de alguém que necessita de ajuda na sequência de doença física e psicológica. É porém possível identificar uma dualidade na imagem que os alentejanos têm de quem comete suicídio, que por um lado é visto como corajoso (por pôr fim ao seu sofrimento), e por outro como egoísta, doente, em sofrimento e incapaz de pedir ajuda. De uma forma geral, os três estímulos apresentados neste estudo remetem para ideias, pensamentos e imagens associados à psicopatologia, de que são exemplo as palavras depressão, tristeza e psico-afetadas; e para emoções predominantemente negativas (e.g. medo, tristeza, pena) perante um ato que parece não ser compreensível (e.g. confuso), o que causa alguma revolta nos alentejanos.

3. Formulação do problema de investigação

O suicídio é um fenómeno global, que atinge todos os estratos da sociedade. No entanto, apesar da sua transversalidade, o suicídio ocorre com mais frequência em

determinados grupos da população, resultado de um conjunto de fatores que os distingue dos demais.

A PSP, com uma taxa anual de suicídio de cerca de 5 casos por cada 20.000 polícias, muito superior à média nacional que é de cerca de 1,6 por cada 20.000 habitantes, é um desses grupos. O que faz com que ser polícia seja um fator de risco para o suicídio, ou seja, que os polícias possuam um maior risco de cometer suicídio do que outros indivíduos da população geral (Silva, 2002).

De acordo com um estudo efetuado por Caçador (2010) sobre a evolução da mortalidade e causas de morte na PSP, o suicídio foi, entre os anos 2006 e 2009, a principal causa de morte não natural na PSP.

Estes dados permitem-nos afirmar que o suicídio é um fenómeno que afeta a PSP, um problema bastante grave e de grande impacto familiar, social e económico. Apesar disto, há poucos estudos compreensivos sobre o suicídio neste grupo populacional (Carmo, 2001; Santos, 2007; Silva, 2002). Faltam estudos qualitativos, em que se dê voz ao sujeito experiencial, de modo a conhecer os significados associados a este fenómeno. Com base nestas premissas, procuramos com este estudo conhecer as representações que os alunos do Curso de Mestrado Integrado em Ciências Policiais (CMICP) do ISCPSI, futuros Comandantes de Polícia, têm do que é o suicídio.

As representações sociais são o modo através do qual as pessoas dão sentido a diferentes objetos, fenómenos, acontecimentos, que são novos, estranhos, desconhecidos e/ou ameaçadores (Moscovici, 2001). Estas podem ser definidas como conhecimento do senso comum sobre assuntos gerais (e.g. saúde, trabalho, família, dinheiro) em diferentes grupos sociais ou profissionais.

O estudo das representações sociais do suicídio parece-nos importante porque as pessoas usam no seu dia-a-dia estas perceções/representações partilhadas para darem sentido às suas experiências e para regularem o seu comportamento. Ora, para que os programas de prevenção possam ser efetivos, estes devem ter em consideração, e ir de encontro às perceções das pessoas (Nikolay, Inna, Olesya, Elizaveta, Gennady & Inga, 2014).

Assim, a interpretação que estes alunos da PSP, futuros comandantes, têm do suicídio e dos suicidas será uma importante contribuição para a prevenção deste fenómeno, pelo que, propomo-nos explorar as representações sociais que estes alunos têm do suicídio e dos suicidas.

Esperamos deste modo, e através do conhecimento das representações sociais que os alunos da PSP (futuros comandantes) têm dos fenómenos suicidários contribuir para a prevenção do suicídio nesta classe profissional.

III – Método

1. Objetivos

De um modo geral, o presente estudo pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada do suicídio, nomeadamente em contexto policial. Ao definirmos como objeto de estudo as representações sociais do suicídio neste contexto, pretendemos efetuar uma aproximação aos significados sobre os quais os polícias constroem o seu conhecimento sobre este fenómeno.

Em termos específicos, esta investigação pretende:

1. Aceder às principais dimensões de significação, ou campos semânticos, que sustentam as representações do suicídio em contexto policial, contribuindo assim para a investigação sociocultural do fenómeno;
2. Analisar os conteúdos representacionais em função do sexo, do facto de ser ou não polícia e de ter ou não ideação e/ou tentativa de suicídio.

Trata-se de um estudo exploratório, que procura conhecer as perceções que os futuros comandantes têm do suicídio e, desta forma, o discurso deste grupo profissional em torno dos comportamentos suicidários, que eventualmente contribuirá para a compreensão da elevada taxa de suicídio nos polícias comparativamente com a taxa média nacional.

2. Participantes

A amostra é composta por 151 indivíduos, 114 do sexo masculino e 37 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos, todos estudantes no ISCPSI. A grande maioria dos participantes (i.e. 116) são de nacionalidade portuguesa, dez são moçambicanos, sete angolanos, oito santomenses, seis cabo-verdianos e quatro guineenses.

Antes do ingresso no ISCPSI, 71 dos participantes (i.e. 47%) já eram polícias, sendo os restantes 80 civis.

Na tabela seguinte podemos analisar com maior rigor as características da amostra.

Tabela 2
Características da amostra

	Dimensões	<i>n</i>	(%)
Sexo	Masculino	114	75,5 %
	Feminino	37	24,5 %
Idade	18-25	89	54,3 %
	26-33	60	36,6 %
	34-42	15	9,1 %
Estado civil	Solteiro	126	83,4 %
	Casado	21	13,9 %
	União de facto	4	2,6 %
Nacionalidade	Portugal	116	76,8 %
	Moçambique	10	6,6 %
	Angola	7	4,6 %
	São Tomé e Príncipe	8	5,3 %
	Cabo Verde	6	4,0 %
	Guiné-Bissau	4	2,6 %
Polícia	Sim	71	47%
	Não	80	53%
Religiosidade	Religioso	111	73,5 %
	Não religioso	40	26,5 %
Contacto com o suicídio	Sim	34	22,5 %
	Não	117	77,5 %
Ideação suicida	Sim	3	2,0 %
	Não	148	98,0 %
Tentativa de suicídio	Sim	1	0,7 %
	Não	150	99,3 %

A recolha da amostra fez-se através do método de amostragem por conveniência. Os participantes são maioritariamente do sexo masculino (75,5%), com uma idade compreendida entre os 18 e os 33 anos (90,9%), solteiros (83,4%), portugueses (76,8%), religiosos (73,5 %), sem contacto prévio com o suicídio (77,5%), sem ideação suicida (98%) e sem tentativas de suicídio (99,3%), (cf. Tabela 1).

3. Corpus

Na medida em que o corpus constitui “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin 2011, p. 122), no presente

estudo, o corpus sobre o qual incidiu a análise de conteúdo é constituído pelo conjunto dos 151 inquéritos.

4. Instrumentos

Na presente investigação optámos por aplicar um inquérito por questionário, o que não é mais do que a colocação, a um conjunto de inquiridos, de uma série de perguntas relativas ao tema, de forma a chegarmos às suas opiniões, a sua atitude em relação a determinadas situações e o seu nível de conhecimento em relação ao tema em geral.

Para Sousa (2005, p.153) a “metodologia de inquérito consiste em formular uma série de perguntas diretamente aos sujeitos, utilizando como instrumentos entrevistas, questionários ou testes”. Carmo e Ferreira (2008, p.139) definem inquérito como “um processo em que se tenta descobrir alguma coisa de forma sistemática”. Na mesma senda de pensamento, Ghiglione e Matalon (1995, p.8) definem inquérito “como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objetivo de generalizar.” Por seu turno, Bell (2008, p.26) explicita que o inquérito tem como objetivo “obter informações que possam ser analisadas, extrair modelos de análise e fazer comparações.” O inquérito por questionário é muito útil pelo facto de ser um instrumento com um carácter muito preciso, formal na sua construção e de prática utilização (Quivy & Campenhoudt, 1992).

A nossa escolha recaiu nesta técnica por se apresentar “adequada para o estudo e análise de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 191).

O questionário é composto por duas partes, uma com perguntas fechadas, na qual se pretende recolher as características sociodemográficas dos participantes (e.g. idade, sexo, estado civil, nacionalidade, se eram já elementos policiais quando entraram no ISCPSP, religiosidade, contacto prévio com pessoas que tentaram/cometeram suicídio, ideiação suicida, tentativas de suicídio), e outra com perguntas abertas onde, através da apresentação ao sujeito de três estímulos, baseados no estudo de Oliveira e Amaral (2007): “O suicídio faz-me pensar em ...”, “O suicídio faz-me sentir ...”, “As pessoas que se suicidam são ...” se espera aceder aos campos semânticos que estruturam as ideias (crenças), sentimentos e imagens em relação ao suicídio.

5. Procedimentos

5.1. Procedimentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através do cumprimento dos princípios éticos e deontológicos que deve presidir a qualquer investigação. Deste modo começamos por solicitar autorização formal ao Exmo. Sr. Diretor do ISCPSI, Superintendente-Chefe Pedro Clemente, para aplicação de inquéritos, que mereceu despacho positivo.

Os inquéritos foram aplicados entre 21 de janeiro e 24 de fevereiro de 2016, após um prévio contacto pessoal com os participantes com o objetivo de os informar dos objetivos e propósitos da investigação, bem como do caráter voluntário e anónimo das suas respostas, tendo estes aceite participar voluntariamente na pesquisa. Os participantes foram contactados nas salas de aulas, no período pós-aulas quando se encontravam agrupados por turmas. Depois disto, foram distribuídos os inquéritos, que depois de preenchidos foram depositados pelos próprios em uma fechada localizada na secretaria da Direção de Ensino do ISCPSI. A participação no estudo demorou em média entre 7-12 minutos.

5.2. Procedimentos de análise de dados

Como metodologia de análise de dados optámos pela análise de conteúdo. Esta é uma das técnicas de tratamento de informação mais comuns em investigação com dados, sendo que é utilizada em vários contextos nas diferentes ciências sociais e humanas (Vala, 1986; Weber, 1985).

Segundo Bardin (2011, p.44), trata-se de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Com base em Vala (1986) a finalidade da análise de conteúdo passa por fazer inferências, sempre com uma base lógica explícita, sobre mensagens cujas características foram inventariadas ou categorizadas. Quanto a essas inferências, importa que sejam identificadas de forma objetiva e sistemática, incidindo sobre o conteúdo e características das mensagens (Ghiglione & Matalon, 1995).

No entanto, para que estas sejam credíveis, os procedimentos devem sujeitar-se a diversas regras relativas à sua fiabilidade e validade (Ghiglione & Matalon, 1995). A

fiabilidade está “ligada ao processo de codificação e, por consequência, ao codificador e ao instrumento de codificação” (Ghiglione & Matalon, 1995, p.195). Por outras palavras, Krippendorff (1980) refere que a fidelidade está sempre dependente da estabilidade, reprodutibilidade e exatidão. A estabilidade refere-se à fiabilidade intra-codificador, ou seja, “os resultados devem ser independentes daqueles que os produzem” (Ghiglione & Matalon, 1995, p.195). Já a reprodutibilidade diz respeito à fiabilidade inter-codificador, ou seja, “um conjunto de codificadores, operando sobre o mesmo texto, deve chegar aos mesmos resultados” (Ghiglione & Matalon, 1995, p.195). Por fim, a exatidão corresponde à capacidade de a codificação seguir um padrão, e será tão maior quanto menos ambígua for a categoria utilizada (Ghiglione & Matalon, 1995). Daqui emerge a necessidade de “tornar as categorias e unidades de registo claras, definindo-as com rigor” (Serrão & Pais, 2006, p.153). Por fim, a exatidão corresponde à capacidade de a codificação seguir um padrão, e será tão maior quanto menos ambígua for a categoria utilizada (Ghiglione & Matalon, 1995). Daqui emerge a necessidade de “tornar as categorias e unidades de registo claras, definindo-as com rigor” (Serrão & Pais, 2006, p.153).

Quanto à validade, pode ser entendida como a “adequação entre os objetivos e os fins sem distorção dos factos” (Ghiglione & Matalon, 1995, p.196). Atravessando “todos os momentos da análise do conteúdo” (Pais, 2004, p.251), está associada à “qualidade dos resultados de investigação que levam a que estes sejam aceites como factos incontestáveis” (Krippendorff, cit. in Pais, 2004, p.251). No mesmo sentido, Carmo e Ferreira (2008, p.218) afirmam que “a validade (...) diz respeito à correspondência entre os resultados e a realidade, isto é, à necessidade de garantir que estes traduzam a realidade estudada”.

A análise de conteúdo pressupõe “objetivos e referentes teóricos” (Vala, 1986, p.109). De facto, estando a problemática de investigação enquadrada teoricamente, estão criadas as condições para a definição de categorias, uma fase importante e de grande rigor (Ghiglione & Matalon, 1995). De acordo com Weber (cit. in Pais, 2004, p.252), uma categoria corresponde a uma “representação simplificada dos dados brutos”, ou seja, “reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico” (Bardin, 2011, p.117). Assim, “a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a deteção dos indicadores relativos a essa categoria” (Vala, 1986, p.111). Esta operação de atribuição de sentido carece de “validade interna da categorização” (Pais, 2004, p.252), que só por si pressupõe o cumprimento de critérios de exaustividade e exclusividade. Ao passo que a exaustividade nos sugere que todas as unidades de registo devem ser colocadas numa categoria, a exclusividade sublinha a obrigatoriedade de uma unidade de registo só poder

ser colocada numa categoria. Uma vez garantindo a validade através de procedimentos “claros e justificados (...) [o investigador permitirá] a sua réplica por outros investigadores” (Pais, 2004, p. 251).

Bardin (2011) estrutura as etapas da análise de conteúdo em três fases distintas: pré-análise e exploração dos documentos; exploração e codificação do material a partir das unidades de registo; e tratamento dos resultados, categorização, inferência e interpretação. A fase de pré-análise e exploração dos documentos contempla a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, seguida de uma “leitura flutuante” (Bardin, 2011, p. 96), através da qual se alcança uma familiarização com os documentos, uma operacionalização do material a estudar e a sistematização das ideias.

A segunda etapa, de exploração e codificação do material, engloba as operações de codificação, correspondendo “a uma transformação (...) dos dados brutos do texto (...) permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2011, p. 103). De acordo com Ghiglione e Matalon (1995), a problemática da codificação é central no decurso da análise de conteúdo, na medida em que “o objetivo da investigação é transformável em categorias de análise” (Ghiglione & Matalon, 1995). Após a definição de categorias, os dados podem ser analisados de acordo com três unidades de análise: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração, optando-se neste estudo pelas unidades de registo. “Uma unidade de registo é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (Vala, 1986). Estas podem ainda ser formais ou semânticas. No presente estudo utilizamos unidades de registo semânticas, ou seja, unidades de sentido ou de significado, por se revelarem as mais adequadas face aos objetivos a que nos propomos.

A análise de conteúdo pode desenvolver-se usando dois tipos de procedimento:

(1) procedimentos fechados, sustentados por um quadro teórico ou por investigação anterior realizada a partir de onde se definem, *a priori*, categorias de análise; (2) procedimentos abertos ou exploratórios, em que não existe qualquer grelha categorial à partida, emergindo as categorias do próprio corpus quando ficam evidentes certas propriedades características dos textos (Pais, 2004, p. 254).

Na presente investigação optou-se por desenvolver a análise de conteúdo com recurso a um procedimento aberto, pelo que as categorias e subcategorias de codificação foram as emergentes do próprio corpus.

Por fim, concluídas as fases de pré-análise de documentos, assim como a de exploração e codificação do material, ocorre o tratamento, categorização e interpretação dos resultados, com o intuito de obter dados “significativos («falantes»), em que o analista propõe inferências e adianta interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (Bardin, 2011, p. 101).

As sessões realizadas com a orientadora permitiram que no desenvolvimento das diferentes fases do processo de análise e identificação das categorias e subcategorias, estas fossem supervisionadas, testadas e validadas, conferindo o caráter de rigor fundamental para a presente investigação.

IV – Apresentação, análise e discussão dos resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados, extraídos dos dados obtidos por inquérito, consistindo na sistematização dos discursos obtidos e da sua análise através de análise de conteúdo. Tem como objetivo organizar e sumariar os dados, com a possibilidade de fornecer resposta às questões de investigação.

Apresentação dos resultados

Resultante da análise de conteúdo dos inquéritos realizados aos estudantes do ISCPSI, emergiram quatro categorias:

- A - Causalidade do suicídio;
- B - Significado do suicídio;
- C - Impacto;
- D - Respostas sociais/profissionais.

Tabela 3

Distribuição das Unidades de Registo pelas Categorias e pelos Grupos

	Categoria				Total
	A	B	C	D	
Total categorias	503	287	285	40	1115
Grupos					
Homens	343	205	218	23	789
Mulheres	160	82	67	17	326
Polícias	240	140	138	14	532
Não polícias	263	147	147	26	583
Pensou ou tentou o suicídio	13	6	13	-	32
Não pensou ou tentou o suicídio	490	281	272	40	1083

Conforme pode verificar-se na Tabela 3, em termos absolutos, o maior volume de respostas dos participantes incide nas causas do suicídio (Categoria A), seguindo-se o significado atribuído ao suicídio (Categoria B) e seu impacto (Categoria C).

Com muito menor expressão surgem referências acerca das respostas sociais/profissionais ao fenómeno do suicídio (Categoria D).

Os participantes masculinos concentram o seu maior volume de respostas nas causas do suicídio, seguindo-se o impacto e depois o significado atribuído ao suicídio. Os homens centraram-se pouco nas respostas sociais/profissionais.

As mulheres, por seu turno, focaram também bastante as causas do suicídio; surgindo, em segundo plano, o significado do suicídio e o impacto. Com expressão residual é feita menção às respostas sociais/profissionais.

Os polícias atribuíram o seu maior volume de respostas também às causas do suicídio; em segundo ao significado do suicídio, com volume ligeiramente inferior o impacto e por último as respostas sociais/profissionais.

Relativamente àqueles que pensaram ou tentaram o suicídio dedicaram as suas respostas em maior volume às causas e ao impacto. Em menor quantidade falaram sobre o significado do suicídio. Relativamente às respostas sociais/profissionais não se verificou qualquer resposta por parte destes.

De seguida, apresentam-se os dados obtidos por cada categoria e respetivas subcategorias, emergentes da análise de conteúdo. Os resultados serão analisados em relação ao número de unidades de registo e ao número de participantes, em termos globais, sexo, polícias e participantes que já pensaram/tentaram cometer suicídio.

Tabela 4

Unidades de registo das subcategorias da categoria A por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida

Categoria	Subcategoria	Total	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou / Tentou cometer suicídio
		u.r.				
A - Causalidade do suicídio	A1 – Fatores psicológicos	286	194	92	137	4
	A2 – Fatores socioculturais	68	42	26	29	1
	A3 – Problemas interpessoais	22	17	5	13	-
	A4 – Problemas profissionais	24	16	8	11	-
	A5 – Isolamento	26	18	8	10	5
	A6 – Outras dificuldades/problemas	77	56	21	40	3

Tabela 5

Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria A

Categoria	Subcategoria	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou ou tentou suicídio
A – Causalidade do suicídio	A1 – Fatores psicológicos	86	32	52	1
	A2 – Fatores socioculturais	27	18	21	1
	A3 – Problemas interpessoais	14	4	10	-
	A4 – Problemas profissionais	13	7	9	-
	A5 – Isolamento	14	7	9	1
	A6 – Outras dificuldades/problemas	43	13	30	2

Categoria A – Causalidade do suicídio

Todas as subcategorias inseridas nesta categoria referem-se às representações que os estudantes do ISCPSI têm das causas do suicídio.

Esta categoria contém um total de 503 unidades de registo (u.r.), divididas por seis subcategorias: **(A1)** Fatores psicológicos – 286 u.r.; **(A2)** Fatores socioculturais – 68 u.r.; **(A3)** Problemas interpessoais – 22 u.r.; **(A4)** Problemas profissionais – 24 u.r.; **(A5)** Isolamento – 26 u.r.; **(A6)** Outras dificuldades/problemas – 77 u.r..

Subcategoria A1 – Fatores psicológicos

Nesta subcategoria todas as unidades de registo remetem para uma causalidade do suicídio que se organiza na área do intraindividual e que tem por base as questões da dinâmica da personalidade, da vida psíquica e emocional. Os fatores psicológicos destacam-se como a causa mais apontada pelos participantes para o suicídio. Salientam-se dentro desta subcategoria o desespero (75 u.r.), as doenças, desequilíbrios, instabilidade ou debilidade psicológica (30 u.r.), a depressão (18 u.r.), a tristeza (14 u.r.), o sofrimento (12 u.r.), o *stress* (8 u.r.), a infelicidade (6 u.r.) e a baixa autoestima (6 u.r.) como causas mais apontadas para o suicídio.

Segundo as respostas obtidas, o suicídio deve-se a um “alto nível de desespero”; “problemas psicológicos” ou “doença psicológica/psiquiátrica”; “profunda depressão”;

sentimento de “tristeza”; “sofrimento” que sentem; “*stress*”; “infelicidade” e “baixa autoestima”.

Com 286 unidades de registo esta subcategoria emergiu na resposta de 118 participantes, sendo 86 do sexo masculino e 32 do sexo feminino.

Os homens referem o desespero (52 u.r.), as doenças, desequilíbrios, instabilidade ou debilidade psicológica (26 u.r.), a depressão (13 u.r.), a tristeza (10 u.r.), o sofrimento (8 u.r.), o *stress* (4 u.r.) e a baixa autoestima (4 u.r.).

As mulheres referem também o desespero (23 u.r.), a depressão (5 u.r.), a infelicidade (5 u.r.), as doenças, desequilíbrios, instabilidade ou debilidade psicológica (4 u.r.), a tristeza (4 u.r.), o sofrimento (4 u.r.), o *stress* (4 u.r.).

No que diz respeito aos elementos policiais, apuraram-se 137 unidades de registo que emergiram das respostas de 52 polícias. Estes apontaram em maior número, dentro desta subcategoria, o desespero (31 u.r.), as doenças, desequilíbrios, instabilidade ou debilidade psicológica (11 u.r.), a depressão (7 u.r.), a tristeza (6 u.r.), a tristeza (5 u.r.) e autoestima (5 u.r.).

Quanto aos participantes que já pensaram ou tentaram suicidar-se, foram contabilizadas quatro unidades de registo, emergentes na resposta de um participante. As causas identificadas são o desespero (2 u.r.), o *stress* (1 u.r.) e a tristeza (1 u.r.).

Subcategoria A2 – Fatores socioculturais

Nesta subcategoria todas as unidades de registo apelam a aspetos psicossocioculturais na explicação do suicídio. Fatores como, baixo suporte social, falta de oportunidades, dificuldades financeiras enquadram-se nesta subcategoria como explicação do suicídio.

Os problemas mais apontados dentro desta subcategoria são a falta de apoio (16 u.r.), as dificuldades e problemas económicos/financeiros (16 u.r.) e a falta de acompanhamento (8 u.r.). Na opinião dos participantes as causas socioculturais que levam ao suicídio são a “falta de apoio”, as “dificuldades económicas/financeiras” e a “falta de acompanhamento”.

Com 68 unidades de registo, esta subcategoria surgiu das respostas de 45 participantes, sendo 27 do sexo masculino e 18 do sexo feminino.

Os homens referiram a falta de apoio (11 u.r.) e os problemas económicos/financeiros (10 u.r.). Por seu lado, as mulheres referiram a falta de

acompanhamento (6 u.r.), os problemas económicos/financeiros (6 u.r.) e a falta de apoio (5 u.r.).

Relativamente às respostas dos elementos policiais, contabilizaram-se 29 unidades de registo resultantes da resposta de 21 polícias. Estes apontaram em maior número, dentro desta subcategoria, os problemas económicos/financeiros (9 u.r.) e a falta de acompanhamento (4 u.r.).

Dos participantes que já pensaram ou tentaram cometer suicídio, apenas um indicou causas socioculturais, originando uma unidade de registo, sendo a causa apontada a incompreensão da sociedade.

Subcategoria A3 – Fatores interpessoais

Nesta subcategoria todas as unidades de registo remetem como causas do suicídio os problemas que surgem na relação com o “outro” (e.g. conflitos, perdas, ruturas). Este “outro” pode ser qualquer uma das pessoas com quem nos relacionamos, tais como: amigos, chefe, namorado(a), marido/esposa, irmãos, pais, filhos.

Os problemas familiares (14 u.r.) salientam-se como a causa mais referida, seguindo-se os problemas relacionados com o amor (6 u.r.). Os “problemas familiares” e as “razões relacionadas com o amor” dominam o discurso dos participantes nesta subcategoria.

Esta subcategoria contempla 22 unidades de registo resultantes das respostas de 18 participantes, 14 do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

Os homens salientam os problemas familiares (10 u.r.) e problemas amorosos (5 u.r.). As mulheres referem principalmente os problemas familiares (4 u.r.).

As respostas de 10 elementos policiais deram origem a 13 unidades de registo em que salientam como problemas interpessoais, os problemas familiares (7 u.r.) e os problemas amorosos (5 u.r.).

Dos participantes que já pensaram ou tentaram suicidar-se nenhum produziu qualquer unidade de registo nesta subcategoria.

Subcategoria A4 – Problemas em contexto profissional

Aqui encontram-se mencionadas todas as unidades de registo que atribuem ao suicídio causas decorrentes da atividade profissional.

Com maior volume de respostas, são referidas causas profissionais, sem maior detalhe ou definição concreta (10 u.r.), seguindo-se várias causas específicas com apenas

uma unidade de registo. Assim, maioritariamente são referidos “problemas profissionais” e singularmente “chefias fracas”, “dificuldades a que os polícias estão sujeitos”, “maus tratos no serviço”, “proximidade à arma”, “má liderança”, “elevada carga horária” e “intensidade física e emocional da função policial”. Com 24 unidades de registo, esta subcategoria tem origem na resposta de treze homens e sete mulheres, totalizando 20 participantes.

Os homens referiram causas profissionais, sem maior detalhe ou definição concreta (10 u.r.). As mulheres referiram a mesma causa com quatro unidades de registo.

Os elementos policiais totalizaram 13 unidades de registo resultantes das respostas de nove elementos. Os “problemas profissionais” (sem uma definição específica dos mesmos) são a causa mais assinalada pelos polícias (4 u.r.).

Nesta subcategoria não se verificou qualquer unidade de registo resultante das respostas dos participantes que já pensaram ou tentaram suicidar-se.

Subcategoria A5 – Isolamento

Nesta subcategoria todas as unidades de registo se referem a estados de solidão, isolamento, abandono e ausência de contacto social, sendo exemplos o viver só, estar isolado fisicamente, não ter ninguém com quem falar.

Em maior número é referido especificamente o isolamento (14 u.r.), seguindo-se o facto de estarem sozinhas (5 u.r.), solidão (4 u.r.) e abandono (2 u.r.). O “isolamento” é então apontado como uma das causas do suicídio: as pessoas “estão isoladas” porque “afastam-se da convivência com outras pessoas”. Acabam “abandonadas” vivendo na “solidão”. Com 26 u.r., esta subcategoria resulta da resposta de 21 participantes, 14 do sexo masculino e sete do sexo feminino.

Os homens destacaram o isolamento (8 u.r.), o facto de se encontrarem sozinhas (3 u.r.), a solidão (3 u.r.) e abandono (2 u.r.). No caso das mulheres estas referiram o isolamento (6 u.r.) e o facto de estarem sozinhas (2 u.r.).

Foram contabilizadas 10 unidades de registo emergentes na resposta de nove elementos policiais. O “isolamento” foi a causa mais apontada (5 u.r.).

Relativamente aos participantes que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio, foram contabilizadas cinco unidades de registo, emergentes na resposta de um participante. O “isolamento” (2 u.r.), o “abandono” (2 u.r.) e a “solidão” (1 u.r.) foram as causas referidas por este.

Subcategoria A6 – Outras dificuldades/problemas

Todas as unidades de registo atribuem o suicídio à existência de problemas genéricos (i.e. não especificados) e que não se inserem em qualquer das outras categorias.

Os “problemas” ou “problemas graves” dominam o discurso dos participantes, sendo a causa mais referida (36 u.r.). As respostas de 43 homens e 13 mulheres geraram 77 unidades de registo.

Os homens referiram os problemas (28 u.r.). As mulheres referiram também em maior número os problemas (8 u.r.).

Nesta subcategoria as respostas de 30 dos polícias produziram 40 unidades de registo, onde dominam os “problemas” (20 u.r.).

Emergiram três unidades de registo na resposta de dois participantes que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio. Foram referidos os “problemas” (2 u.r.) e a “gravidade das situações” (1 u.r.).

Categoria B – Significado do suicídio

Todas as subcategorias inseridas nesta categoria referem-se aos significados que os estudantes do ISCPSI associam ao suicídio.

Tabela 6

Unidades de registo das subcategorias da categoria B por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida

Categoria	Subcategoria	Total				Pensou / Tentou cometer suicídio
		u.r.	Homens	Mulheres	Polícias	
B - Significado do suicídio	B1 – Morte	21	16	5	10	1
	B2 – Fim / Atentado contra a vida	38	24	14	14	1
	B3 – Solução / Saída	61	44	17	32	-
	B4 – Cobardia / Desistência	39	29	10	21	-
	B5 – Decisão / Escolha pessoal	20	13	7	11	-
	B6 – Imperdoável / Censurável	82	61	21	40	4

B7 – Fuga	8	7	1	4	-
B8 - Coragem	10	5	5	4	-
B9 – Inesperado / Incontrolável / Inevitável	8	6	2	4	-

Tabela 7

Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria B

Categoria	Subcategoria	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou ou tentou suicídio
B – Significado do suicídio	B1 – Morte	16	5	10	1
	B2 – Fim / Atentado contra a vida	23	11	13	1
	B3 – Solução / Saída	36	13	24	-
	B4 – Cobardia / Desistência	19	7	13	-
	B5 – Decisão / Escolha pessoal	13	6	11	-
	B6 – Imperdoável / Censurável	38	16	25	2
	B7 – Fuga	7	1	4	-
	B8 - Coragem	5	4	3	-
	B9 – Inesperado / Incontrolável / Inevitável	7	1	3	-

Esta categoria contém um total de 287 unidades de registo, divididas em nove subcategorias: **(B1)** Morte – 21 u.r.; **(B2)** Fim/Atentado contra a vida – 38 u.r.; **(B3)** Solução/Saída – 61 u.r.; **(B4)** Cobardia/Desistência – 39 u.r.; **(B5)** Decisão/Escolha pessoal – 20 u.r.; **(B6)** Imperdoável/Censurável – 82 u.r.; **(B7)** Fuga – 8 u.r.; **(B8)** Coragem – 10 u.r.; **(B9)** Inesperado/Incontrolável/Inevitável – 8 u.r..

Subcategoria B1 – Morte

Nesta subcategoria todas as unidades de registo associam suicídio a morte.

Ganha destaque dentro desta subcategoria como significado de suicídio, com 19 unidades de registo, a própria palavra “morte”. Esta subcategoria somou 21 unidades de

registo, resultante da resposta de 21 participantes, sendo 16 do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

Os homens associam o suicídio a morte (14 u.r.). As mulheres também fazem a mesma associação (5 u.r.).

Da resposta de 10 polícias, resultaram 10 unidades de registo, sendo utilizadas a palavra “morte” (9 u.r.) e “perda humana” (1 u.r.).

Relativamente às respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram suicidar-se, resultou uma unidade de registo – a “morte”.

Subcategoria B2 – Fim/Atentado contra a vida

Nesta subcategoria todas as unidades de registo associam suicídio a fim, *términus* ou limite da vida, bem como ao carácter irreversível deste ato.

Dentro desta subcategoria as respostas com maior frequência perspetivam o suicídio como o ato de terminar ou acabar com a própria vida (21 u.r.) e como sendo o fim da vida (8 u.r.). As expressões mais utilizadas pelos participantes são “alguém que retira a sua própria vida” e o “fim da vida.”. Com 38 unidades de registo, esta subcategoria é o resultado da resposta de 23 homens e 11 mulheres, totalizando 34 participantes.

Os homens referiram o suicídio como o ato de terminar ou acabar com a própria vida (13 u.r.) e como sendo o fim da vida (5 u.r.). De igual forma as mulheres perspetivam o suicídio como o ato de terminar ou acabar com a própria vida (8 u.r.) e como sendo o fim da vida (3 u.r.).

A resposta de 13 polícias originou 14 unidades de registo, das quais se evidencia o ato de “retirar a própria vida” (7 u.r.).

Verificou-se a existência de uma unidade de registo resultante de respostas de um dos elementos que já pensaram ou tentaram suicidar-se – “dar um fim na sua própria [vida] ”.

Subcategoria B3 – Solução/Saída

Nesta subcategoria todas as unidades de registo perspetivam suicídio como a solução ou saída perante problemas aparentemente irresolúveis (de outra forma).

Dentro desta subcategoria as respostas com maior frequência veem o desfecho suicida como a única solução ou saída encontrada (42 u.r.) para a resolução dos problemas. As expressões mais utilizadas pelos participantes indicam o suicídio como a “última solução” e a “única saída” como forma de resolver os seus problemas. Com 61 unidades de

registo, esta subcategoria resulta da resposta de 49 participantes, sendo 36 do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

Os homens perspetivam o suicídio como a única solução ou saída encontrada (28 u.r.). No que diz respeito às mulheres estas veem o suicídio da mesma forma (14 u.r.).

Nesta subcategoria encontram-se as respostas de 24 polícias, que totalizaram 32 unidades de registo. As expressões dominantes (15 u.r.) apontam o suicídio como “a melhor solução”.

Nesta categoria não se verificaram unidades de registo resultantes das respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio.

Subcategoria B4 – Cobardia/Desistência

Nesta subcategoria todas as unidades de registo associam o suicídio a um ato de cobardia ou de desistência da vida e dos que dela fazem parte.

Dentro desta subcategoria as respostas com maior frequência caracterizam o suicídio como a desistência da vida e de viver (27 u.r.) e como um ato de cobardia (7 u.r.). As expressões mais utilizadas pelos participantes são “desistência da vida”, de “viver” e um ato de “cobardia”. Com 39 unidades de registo, esta subcategoria resulta da resposta de 26 participantes, sendo 19 do sexo masculino e sete do sexo feminino.

Os homens assinalaram com maior frequência a desistência da vida e de viver (20 u.r.) e a cobardia (4 u.r.). As mulheres apontaram também a desistência da vida e de viver (7 u.r.) e a cobardia (3 u.r.).

No que diz respeito aos elementos policiais, esta subcategoria obteve as respostas de 13 polícias, que totalizaram 21 unidades de registo. A “desistência” (14 u.r.) domina as respostas.

Nesta categoria não se verificaram unidades de registo resultantes das respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio.

Subcategoria B5 – Decisão/Escolha pessoal

Nesta subcategoria todas as unidades de registo caracterizam o suicídio como uma decisão ou objetivo do suicida.

Dentro desta subcategoria as respostas com maior frequência perspetivam o suicídio como a uma decisão do suicida (5 u.r.) e como uma escolha, opção ou vontade (4

u.r.). As expressões mais utilizadas pelos participantes indicam que os suicidas tomam a “decisão de se suicidarem” tratando-se de “uma escolha do próprio”.

Com 20 unidades de registo, esta subcategoria resulta da resposta de 19 participantes, sendo 13 do sexo masculino e seis do sexo feminino.

Os homens perspetivam o suicídio como uma decisão (5 u.r.). As mulheres veem o suicídio como uma escolha, opção ou vontade (3 u.r.).

No que diz respeito às respostas dos elementos policiais, verificaram-se 11 unidades de registo referente a 11 polícias, sendo referido com mais frequência a “decisão” (5 u.r.).

Nesta categoria não se verificaram unidades de registo resultantes das respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio.

Subcategoria B6 – Imperdoável/Censurável

Nesta subcategoria todas as unidades de remetem para apreciações morais e valorativas, que reprovam este comportamento ou em que são emitidas opiniões, comentários ou posições críticas.

Dentro desta subcategoria as respostas com maior frequência caracterizam o suicídio como uma fraqueza por parte do suicida (12 u.r.) e como um ato egoísta (9 u.r.). As expressões mais utilizadas pelos participantes são as que veem os suicidas como “pessoas fracas” sendo o suicídio um “ato egoísta”. Com 82 unidades de registo, esta subcategoria resulta da resposta de 54 participantes, sendo 38 do sexo masculino e 16 do sexo feminino.

Os homens caracterizam o suicídio como uma fraqueza por parte do suicida (9 u.r.) e um ato egoísta (3 u.r.). As mulheres veem o suicídio como um ato egoísta (6 u.r.) e como uma fraqueza (3 u.r.).

As respostas dos elementos polícias constituem 40 unidades de registo, referente a 25 polícias. A “fraqueza” é o significado que mais se repete (6 u.r.).

Emergiram quatro unidades de registo da resposta de dois participantes que já pensaram ou tentaram suicidar-se. Estes elementos assinalaram a “fraqueza psicológica”, o “egoísmo”, “algo que não devia existir” e “não deviam pautar por este caminho”.

Subcategoria B7 – Fuga

Nesta subcategoria todas as unidades de registo atribuem ao suicídio uma forma de fugir dos problemas. As respostas são unânimes caracterizando o suicídio como uma fuga

aos problemas (8 u.r.). As expressões utilizadas pelos participantes perspetivam precisamente o suicídio como forma de “fuga aos problemas”. Com oito unidades de registo, esta subcategoria emerge na resposta de oito participantes, sendo sete do sexo masculino e um do sexo feminino.

Os homens (7 u.r.) veem o suicídio como como uma fuga aos problemas. As mulheres não expressaram a mesma visão (1 u.r.).

Dos elementos policiais, quatro com as suas respostas produziram quatro unidades de registo, sendo comum a todas as respostas a “fuga” aos problemas.

Nesta categoria não se verificaram unidades de registo resultantes das respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram suicidar-se.

Subcategoria B8 – Coragem

Nesta subcategoria todas as unidades de registo caracterizam o suicídio como um ato de coragem (10 u.r.). As expressões utilizadas pelos participantes atribuem ao suicídio a forma de “ato de coragem”. Com 10 unidades de registo, esta subcategoria emerge na resposta de nove participantes, sendo cinco do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

No que diz respeito aos homens (5 u.r.) caracterizam o suicídio como um ato de coragem. As mulheres caracterizam o suicídio da mesma forma (5 u.r.).

Para três dos polícias, o suicídio também é sinónimo de “coragem”, significado comum às quatro unidades de registo.

Nesta categoria não se verificaram unidades de registo resultantes das respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio.

Subcategoria B9 – Inesperado/Incontrolável/Inevitável

Nesta subcategoria todas as unidades de registo abordam o carácter inesperado, incontrolável e inevitável do suicídio. As respostas referem que “nem sempre é possível evitar” o suicídio, sendo “quase impossível detetar uma pessoa que esteja com essa intenção”. É algo “inesperado” e “incontrolável”. Com 8 unidades de registo, esta subcategoria emerge na resposta de sete participantes, sendo seis do sexo masculino e um do sexo feminino.

Os homens referiram o carater inesperado, incontrolável e inevitável do suicídio (6 u.r.). As mulheres também o indicaram (2 u.r.).

Referente aos elementos policiais, foram contabilizadas quatro unidades de registo, resultado das respostas de três polícias.

Nesta categoria não se verificaram unidades de registo resultantes das respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram suicidar-se.

Categoria C – Impacto

Todas as subcategorias inseridas nesta categoria referem-se à representação que os estudantes do ISCPSI têm do impacto do suicídio nos outros em geral e nos outros significativos em particular.

Tabela 8

Unidades de registo das subcategorias da categoria C por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida

Categoria	Subcategoria	Total u.r.	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou / Tentou cometer suicídio
C - Impacto	C1 – Nos outros significativos	21	18	3	9	5
	C2 – Afetivo nos outros em geral	167	124	43	86	5
	C3 – Cognitivo nos outros em geral	97	76	21	43	3

Tabela 9

Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria C

Categoria	Subcategoria	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou ou tentou suicídio
C - Impacto	C1 – Nos outros significativos	13	3	7	2
	C2 – Afetivo nos outros em geral	80	24	54	3
	C3 – Cognitivo nos outros em geral	48	17	28	2

Esta categoria contém um total de 285 unidades de registo, divididas em três subcategorias: (C1) Nos outros significativos – 21 u.r.; (C2) Afetivo nos outros em geral – 167 u.r.; (C3) Cognitivo nos outros em geral – 97 u.r..

Subcategoria C1 – Nos outros significativos

Nesta subcategoria todas as unidades de registo referem as consequências experimentadas por familiares e amigos do suicida na sequência da morte deste seu ente querido.

São mencionados basicamente sentimentos, sendo os mais prevalentes o sofrimento (6 u.r.), a tristeza (3 u.r.) e o desespero (2 u.r.). Assim, as consequências mais apontadas são o “sofrimento”, a “tristeza” e o “desespero das pessoas mais próximas”. Com 21 unidades de registo, esta subcategoria emergiu na resposta de 16 participantes, sendo 13 do sexo masculino e três do sexo feminino.

No discurso dos homens salienta-se o sofrimento (4 u.r.) e a tristeza (3 u.r.). As mulheres referem o sofrimento (2 u.r.).

Já os elementos policiais registaram nove unidades de registo, resultante da resposta de sete polícias. É salientado o sentimento “tristeza da família” (2 u.r.).

Nas respostas dos elementos que já pensaram ou tentaram suicidar-se, é destacado o “sofrimento da família” (2 u.r.), entre um total de cinco unidades de registo, decorrente da resposta de dois elementos.

Subcategoria C2 – Afetivo nos outros em geral

Nesta subcategoria todas as unidades de registo referem os sentimentos experimentados quando confrontados com o suicídio (e.g. tristeza, culpabilidade, impotência).

Os sentimentos e estados que os participantes mais indicaram foram: tristeza ou tristes (61 u.r.), revolta ou revoltados (12 u.r.), impotência ou impotentes (12 u.r.) e pena (10 u.r.). Assim, quando confrontados com o tema suicídio os participantes sentem “tristeza”, “revolta”, sentem-se “impotente(s)” e com “pena”. Com 167 unidades de registo, esta subcategoria surgiu da resposta de 104 participantes, sendo 80 do sexo masculino e 24 do sexo feminino.

Os homens indicaram com mais frequência a tristeza (47 u.r.), a impotência (9 u.r.), a revolta (8 u.r.) e a pena (8 u.r.). As mulheres indicaram também a tristeza (14 u.r.), a revolta (4 u.r.), a pena (3 u.r.) e impotência (2 u.r.).

Quanto aos elementos policiais, foram contabilizadas 86 unidades de registo que resultaram da resposta de 54 polícias. Os sentimentos mais referidos foram a “tristeza” (31 u.r.), a “revolta” (7 u.r.), a “impotência” (7 u.r.) e “pena” (5 u.r.).

Referente aos participantes que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio, emergiram cinco unidades de registo da resposta de 3 elementos. Os estados relatados foram a “ansiedade”, a “angústia”, “terror” e “pena”.

Subcategoria C3 – Cognitivo nos outros em geral

Nesta subcategoria todas as unidades de registo referem os estados cognitivos experimentados quando confrontados com o suicídio.

Das respostas dos participantes salienta-se a preocupação (12 u.r.), o pensamento ou reflexão (11 u.r.), a incompreensão (10 u.r.) e confusão (7 u.r.). Assim, quando confrontados com o tema suicídio os participantes ficam “preocupado(s)”, “muito pensativo(s)”, movidos pela “incompreensão” e “confuso(s)”. Com 97 unidades de registo, esta subcategoria surgiu da resposta de 65 participantes, sendo 48 do sexo masculino e 17 do sexo feminino.

Os homens referiram o pensamento ou reflexão (11 u.r.), a preocupação (9 u.r.), confusão (7 u.r.) e incompreensão (6 u.r.). As mulheres referiram mais a incompreensão (4 u.r.) e a preocupação (3 u.r.).

No que diz respeito aos elementos policiais, apuraram-se 43 unidades de registo que emergiram da resposta de 28 polícias. Os estados que estes mais referiram foram, “pensativos” (7 u.r.), “preocupados” (4 u.r.) e incapazes (4 u.r.).

Quanto aos participantes que já pensaram ou tentaram suicidar-se, foram contabilizadas três unidades de registo, emergentes na resposta de dois participantes que já pensaram ou tentaram cometer o suicídio. “Pensativo”, “incompreendido” e “impacto negativo na sociedade” foram as respostas obtidas.

Categoria D – Respostas sociais

Todas as subcategorias inseridas nesta categoria referem-se às respostas sociais que os estudantes do ISCP SI consideram que devem ser dadas como forma de evitar o suicídio.

Tabela 10

Unidades de registo das subcategorias da categoria D por total, homens, mulheres, elementos policiais e comportamento/ideação suicida

Categoria	Subcategoria	Total	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou / Tentou cometer suicídio
		u.r.				
D - Respostas sociais / profissionais	D1 – Intervenção profissional / psicológica	9	5	4	2	-
	D2 – Ajuda / Apoio social	18	8	10	7	-
	D3 – Necessidade de intervir preventivamente	13	10	3	5	-

Tabela 11

Número de participantes por grupo em cada subcategoria da categoria D

Categoria	Subcategoria	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou ou tentou suicídio
D – Respostas sociais / profissionais	D1 – Intervenção profissional / psicológica	3	3	1	-
	D2 – Ajuda / Apoio social	6	8	5	-
	D3 – Necessidade de intervir preventivamente	5	3	3	-

Esta categoria contém um total de 40 unidades de registo, divididas em três subcategorias: **(D1)** Intervenção Profissional/Psicológica – 9 u.r.; **(D2)** Ajuda/Apoio social – 18 u.r.; **(D3)** Necessidade de intervir preventivamente – 13 u.r..

Subcategoria D1 – Intervenção profissional/psicológica

Nesta subcategoria todas as unidades de registo indicam a necessidade da intervenção por clínicos especializados e procedimentos que podem/devem ser adotados para evitar o suicídio. As respostas encontram-se dispersas indicando vários procedimentos como a necessidade de pessoas com tendências suicidas deverem “ser sinalizadas” e

“ajudadas por clínicos da especialidade”. Com nove unidades de registo, esta subcategoria surgiu da resposta de seis participantes, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino.

Os homens, nesta subcategoria, totalizaram cinco unidades de registo e as mulheres quatro unidades de registo.

As respostas de um elemento policial compõem duas unidades de registo, as quais referem a necessidade de pessoas com tendências suicidas “serem sinalizadas” e “ajudadas por clínicos da especialidade”.

Nas respostas dos elementos que já tiveram contacto com o suicídio não resultou qualquer unidade de registo na presente subcategoria.

Subcategoria D2 – Ajuda/Apoio social

Nesta subcategoria todas as unidades de registo indicam formas e procedimentos a levar a cabo pela sociedade em geral como forma de prevenir o suicídio.

As respostas incidiram sobre a necessidade de ajudar (5 u.r.) quem vê no suicídio uma opção e sobre a necessidade de estar atentos (3 u.r.) à nossa volta, por forma a detetar indícios. Assim, os participantes responderam que “é preciso estar atento às pessoas que nos rodeiam” e devemos “ajudar as pessoas que veem o suicídio como uma solução”. Com 18 unidades de registo, esta subcategoria surgiu da resposta de 14 participantes, sendo seis do sexo masculino e oito do sexo feminino.

Nesta subcategoria o discurso dos homens incidiu mais sobre ajudar (4 u.r.) e no caso das mulheres sobre estar atentos (2 u.r.).

Os elementos policiais registaram sete unidades de registo, resultante da resposta de cinco polícias. A “intervenção” com pessoas que pareçam não estar bem e “atenção” no sentido de detetar indícios resumem as respostas dadas.

Nas respostas dos elementos que já tiveram contacto com o suicídio não resultou qualquer unidade de registo na presente subcategoria.

Subcategoria D3 – Necessidade de intervir preventivamente

Nesta subcategoria todas as unidades de registo sugerem a necessidade de intervir e adotar medidas de forma a evitar o suicídio.

Todas as unidades de registo (13) salientam que é necessário “fazer algo” (A15), no sentido de “agir preventivamente” de forma a “tentar evitar” e “prevenir futuras situações”.

Com 13 unidades de registo, esta subcategoria emergiu da resposta de oito participantes, sendo cinco do sexo masculino e três do sexo feminino.

Nesta subcategoria os homens registaram 10 unidades de registo e as mulheres três unidades de registo.

Da resposta de três elementos policiais tiveram origem cinco unidades de registo com a referência à necessidade de prevenção.

Nas respostas dos elementos que já tiveram contacto com o suicídio não resultou qualquer unidade de registo na presente subcategoria.

Discussão dos resultados

A análise de conteúdo empreendida às respostas dos participantes ao questionário permite-nos conhecer as principais representações que os alunos do ISCPSI têm do suicídio.

As representações mais prevalentes nos discursos dos alunos do ISCPSI (futuros comandantes de polícia), prende-se com a causalidade do suicídio, nomeadamente nos fatores psicológicos, onde o suicídio surge associado a desespero profundo, doença psicológica, depressão, tristeza, sofrimento, *stress*, infelicidade e baixa autoestima. Contudo, ainda que menos representadas nas respostas dos sujeitos, outras causas são apontadas, como a falta de apoio, os problemas familiares, económicos, profissionais, amorosos e o isolamento. Estas causas também se encontram referidas noutros estudos (Bahls, 2002; Clarke & White, 2003; Lau, Morse & Macfarlane, 2010; Minayo & Cavalcante, 2010; Quartilho, 2006).

Os estudantes do ISCPSI representam o suicídio como sendo um ato reprovável contra a própria vida, de desistência e cobardia, uma forma de terminar com problemas para os quais não perspetiva outra solução e que resulta na morte.

O suicídio é também perspetivado na sequência de problemas na vida dos indivíduos, funcionando como uma fuga ou uma saída para os mesmos. As pessoas que se suicidam são vistas como fracas e egoístas, que necessitam de ajuda profissional e apoio social, na sequência de doença psicológica ou de problemas que enfrentam.

Para os alunos do ISCPSI, o suicídio provoca emoções predominantemente negativas, como tristeza e pena; e também lhes gera confusão, porque não compreendem este comportamento. Para além disso, relatam sentir impotência e revolta perante a perceção de que é difícil ajudar as pessoas que se encontram nesta situação. De facto, tristeza, pena, impotência e revolta formam um campo semântico frequente na descrição

dos estudantes do ISCPSI sobre o suicídio, que parece contextualizar a forma como se vêm sentindo perante o fenómeno do suicídio.

De uma forma geral, perante os três estímulos apresentados neste estudo, os participantes (re)construíram representações do suicídio associadas a psicopatologia, através de significados como desespero, depressão, tristeza e sofrimento; e emoções predominantemente negativas (e.g., tristeza e pena), incompreensão, confusão e revolta.

Ao analisarmos as perceções em função do sexo, é possível verificar que os homens têm uma representação do suicídio como solução/saída para problemas de origem psicológica (e.g. desespero, doença psicológica, depressão) ou outra, mas que ao atentar contra a própria vida é reprovável e gerador de tristeza. As mulheres têm representações semelhantes, em termos das dimensões semânticas analisadas nos homens. Contudo, revelam maior sensibilidade para as necessidades das pessoas que se encontram em sofrimento (devido a problemas psicológicos ou socioeconómicos) apelando à necessidade de intervir para as ajudar. São as mulheres que mais referem a necessidade de uma atitude preventiva destes comportamentos, quer por parte de especialistas quer da sociedade em geral.

A representação que os polícias têm do suicídio é em tudo semelhante à do grupo de homens.

No que diz respeito aos elementos que já tentaram ou pensaram em cometer o suicídio, as representações constroem-se em torno das dificuldades que as pessoas que se suicidam vivenciam, nomeadamente do isolamento, abandono e solidão. Salientam também o impacto negativo que o suicídio tem nos outros próximos, nomeadamente na família, mas também na comunidade; e eventualmente por isso veem-no reprovável. Podemos ainda pensar, a partir dos resultados deste grupo em particular, que a perceção do sofrimento que este comportamento inflige nos outros pode funcionar como um fator de proteção face ao mesmo (i.e. face à concretização do suicídio).

De um modo geral, os resultados por nós encontrados sobre as representações dos estudantes do ISCPSI assemelham-se, em vários aspetos, às representações encontradas noutros estudos, sejam eles com adolescentes (e.g. Sampaio et. al, 2000; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Oliveira & Amaral, 2007) ou com psicólogos, psiquiatras e médicos (e.g. Rothes, 2006). São comuns a estes estudos a representação do suicídio como um ato recriminável, de profundo desespero, solidão e tristeza. O suicídio é visto como o fim dos problemas que não têm outra solução, o que resulta na morte. Encontra-se associado à doença e à depressão, aos diversos problemas da vida dos indivíduos, o que justifica a

necessidade de fuga, de saída, de fim da vida. Outros sentimentos são-lhe associados como pena, tristeza, revolta, confusão e reflexão. O suicida é representado como uma pessoa fraca, triste, depressiva, covarde, egoísta e com problemas.

Perante as representações dos estudantes do ISCPSI e futuros comandantes de forças policiais, centradas na causalidade do suicídio, (nomeadamente nos fatores psicológicos; fatores sociais, como a falta de apoio; e os problemas profissionais) e que representam o suicídio como um ato reprovável contra a própria vida, de desistência e cobardia, parece-nos muito importante desenvolver ações de prevenção junto desta população. Julgamos que são necessárias mais ações de formação e educação na área da suicidologia, visando a desconstrução de crenças pré-existentes, a transmissão de informação e a sensibilização sobre aspetos como o estigma da doença mental, a ideação suicida e os atos suicidas. A regular (re)avaliação psicológica e a melhoria das condições sociais/profissionais dos elementos das forças de segurança são também dois aspetos fundamentais a ter em consideração.

V – Conclusões

Esta investigação teve como principal finalidade conhecer as representações sociais do suicídio em futuros Comandantes de Polícia. Ao longo deste trabalho, discutiu-se o fenómeno suicídio e utilizou-se como referencial a teoria das representações sociais.

A realização deste estudo representou um passo importante no qual os futuros Comandantes de Polícia (atuais alunos do ISCPSP) expuseram as suas perceções e que de algum modo vão de encontro aos resultados de outros estudos já realizados em Portugal sobre as representações do suicídio.

Os resultados deste estudo mostram que as representações sociais do suicídio dos futuros Comandantes de Polícia se constroem sobretudo em torno das razões (i.e. das causas) que levam as pessoas a cometer suicídio. Prevalece a imagem de suicídio na sequência de desespero profundo, doença psicológica e sofrimento. O suicídio é visto como uma forma de solucionar problemas que parecem irresolúveis, porém um comportamento inaceitável, um ato de desistência e cobardia que atenta contra a vida e culmina na morte. O suicida é perspectivado como fraco e egoísta, alguém que precisava muito de ajuda quer profissional, quer de apoio social.

Para além destes resultados, consideramos o próprio exercício – i.e. dizer o que pensa sobre este fenómeno – muito interessante. O suicídio é um fenómeno sobre o qual é necessário falar-se abertamente para que possam ser discutidas e colocadas em prática formas de prevenção que se revelem eficazes.

O estudo desenvolvido possui um carácter exploratório e descritivo, com uma amostra de dimensão reduzida (n=151), não permitindo a generalização dos dados, pelo que é necessário que outros estudos sejam realizados, se possível com amostras maiores.

Uma das limitações deste estudo é precisamente a dimensão reduzida da amostra. Deste modo, são necessários estudos com grupos mais homogéneos na amostra e que permitam uma captação segura das suas diferenças. Este estudo poderá funcionar como um primeiro ensaio para estudos que se venham a realizar.

Como estudos futuros sugerem-se, entre outros: o estudo ser realizado entre os elementos policiais, transversal às três carreiras de polícia (agentes, chefes e oficiais).

Apercebemo-nos, também, que nalguns questionários os participantes evidenciaram ideação suicida. Este facto merece uma particular atenção, demonstrando a necessidade de se desenvolverem estratégias de diagnóstico e intervenções de carácter preventivo do

suicídio, por exemplo através do acompanhamento permanente e da rotina de avaliação psicológicas dos profissionais das forças de segurança.

Para além disto, é desejável que haja mais estudos sobre o suicídio, para que possamos ter uma cada vez maior e melhor compreensão do fenómeno, principalmente entre as forças de segurança – que possui taxas de suicídio superiores à média nacional.

É ainda necessário falar mais de suicídio, quebrar o silêncio em torno deste fenómeno, ajudar as pessoas que sofrem a encontrar as respostas adequadas para as suas necessidades que as afastem do suicídio.

Se esta investigação tiver sido bem-sucedida, despertará outras questões e outros estudos nesta área, que permitirão delinear novas estratégias de intervenção e prevenção do suicídio nas forças de segurança.

Referências

- Abdollahi, A. (2002). Understanding police stress research. *Journal of Forensic Psychology Practice, 1*, 1-24.
- Afonso, J., & Gomes, A. (2009). Stresse ocupacional em profissionais de segurança pública: Um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22* (2), 294-303.
- Anes, E., Silva, N., & Silva, S. (2013). Suicídio: Um problema de saúde pública. In M. Pimentel (Ed.), *Primeiras jornadas de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança* (pp. 524-532). Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Aster, M. (2008). Stress and deviance in policing. *Deviant behavior, 29*, 43-69.
- Bahls, S. (2002). *Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes* (pp. 359-366). Rio de Janeiro: J. Pediart.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4.^a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bayley, D. (1994). *Police for the future*. New York: Oxford University Press.
- Bell, J. (2008). *Como realizar um projecto de investigação* (4.^a ed.). Lisboa: Gradiva Publicações, S. A.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002) Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*, 181-185.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2005). Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 133*(1), 8-12.
- Bittner, E. (1975). *The functions of the police in modern society: A review of background factors, current practices and possible role models*. Rockville: US Department of Health, Education and Welfare.

- Botega N., et al. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 45-53.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006, Set/Dez). Prevenção do Comportamento Suicida. *Revista Psico*, 37, 213-220.
- Brás, M., & Cruz, J. (2014). Mitos e falsas crenças sobre atos suicidas. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 493-503). Lisboa: Level.
- Brás, M., Cruz, J., & Saraiva, C. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (473-483). Lisboa: Level.
- Burke, R., & Mikkelsen, A. (2006). Burnout among Norwegian police officers: Potential antecedents and consequences. *International Journal of Stress Management*, 13 (1), 64-83.
- Caçador, S. (2010). *Mortalidade na PSP*. Dissertação de Licenciatura no Curso de Formação de Oficiais de Polícia. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Polícias e Segurança Interna.
- Campbell, F. (2002). *The Unfluence of an ative postvention on the lenght os time elapsed before survivors of suicide seek treatment*. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://200.179.60.195:8590/capes>.
- Campos, M., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, 81-106.
- Carlier, I., Lamberts, R., & Gersons, B. (2000). The dimensionality of trauma: A multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 97, 29-39.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para autoaprendizagem* (2.^a ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, I. (2001). *O suicídio na PSP*. Dissertação de Licenciatura. Lisboa: ISCPSI.

- Cartwright, S., & Cooper, C. (1997). *Managing workplace stress*. London: Sage.
- Clark, D., & White, E. (2003). Clinicians, Cops, and Suicide. In D. Hackett & J. Violanti (Eds.). *Police suicide: Tactics for prevention and intervention* (pp. 16-36). Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Cooper, C., Dewe, P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Costa, J. (1994). *Dicionário da língua portuguesa* (7ª ed.). Porto Editora.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio: revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Dantzer, M. (1987). Police related stress: A critique for future research. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 3, 43-48.
- Daolio, E., & Silva, J. (2009). Os significados e os motivos do suicídio: representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista. *Centro Universitário São Camilo*, 3 (1), 68-79.
- Diamond, D. (2003). Departmental Barriers to Mental Health Treatment: a precursor to policeofficer suicide. In D. Hackett & J. Violanti (Eds.). *Police Suicide: tactics for prevention and intervention* (pp.54-65). Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Portal da saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Durkheim, E. (1897/2000). *O Suicídio: Estudo de sociologia*. (M. Stahel, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Eurostat (2013). Statistics, suicide rates. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/causes-death/data/database>.

- Freitas, E. (1982). O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa. *Finisterra*, 17 (34), 267-300.
- Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie in métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- Gershon, R., Lin, S., & Li, X. (2002). Work stress in aging police officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44 (2), 160-167.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1995). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Glensor, R. (1999). Stress, wellness and employee assistance programs. In K. Peak & K. Larry (Eds.), *Police supervision and management in a era community policing*, (pp. 201-222).
- Gomes, A. (2006). Stresse ocupacional e estratégias de confronto: Desenvolvimento de um guião de entrevista para diferentes profissões. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, M. Guisande, & V. Ramalho (Orgs.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 45-54). Braga: Psiquilíbrios Edições. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/5838>.
- Harpold, J., & Feemster, S. (2002). Negative Influences of Police Stress. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 71 (9), 1-7.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009) Seminar: Suicide. *Lancet*, 373 (13), 72-81.
- Instituto Nacional de Estatística INE. Disponível em <http://www.ine>.
- Jesuíno, J. (2012). Representações sociais: Perspetivas teóricas e meta-teóricas. *11ª Conferência internacional de representações sociais: As representações sociais em sociedades em mudança*. Évora: Universidade de Évora
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jordan, J., Feigelman, W., McMenamy, J., & Mitchell, A. (2011). Research on the needs of survivors. In J. Jordan and J. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide: Consequences and caring for survivors*. New York: Routledge.

- Justus, D. (2003). O suicídio nosso de cada dia. *Estados gerais da psicanálise: Segundo encontro mundial*. Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/10823154/suicidio-nosso-de-cada-dia-o>.
- Keinan, G., & Pines, A. (2007). Stress and burnout among prison personnel: Sources, outcomes and intervention strategies. *Criminal Justice and Behavior*, 34(3), 380-398.
- Kohan, A., & Mazmanian, D. (2003). Police work, burnout, and pro-organizational behaviour: A consideration of daily work experiences. *Criminal Justice and Behavior*, 30 (5), 559-583.
- Kop, N., Euwema, M., & Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & Stress*, 13(4), 326-340.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lau, R., Morse, C., & Macfarlane, S. (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: A controlled comparison. *Journal of Women & Aging*, 23, 3-14.
- Lopes-Cardoso, A. (1986). *O direito de morrer: Suicídio e eutanásia*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Magalhães, D. (1999). *Factores indutores de stress na actividade policial: Estudo exploratório com uma amostra de guardas da PSP de Lisboa*. Dissertação de Licenciatura do Curso de Formação de Oficiais de Polícia. Lisboa: ISCPSI.
- Marzuk, P., Nock, M., Leon, A., Portera, L., & Tardiff, K. (2002). Suicide Among New York City Police Officers, 1977-1996. *American Journal Psychiatric*, 159, 2069-2071.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

- McMenamy, J., Jordan, J., & Mitchell, A. (2008). What do survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375-389.
- Mendes, M. (2005). *Emoções no contexto de policiamento: Medo, exaustão emocional e procura de sensações, um estudo comparativo na PSP do Porto*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: FDUP.
- Minayo, M., & Cavalcante, F. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44 (4), 750-757.
- Minois, G. (1998). *História do suicídio*. Lisboa: Teorema.
- Morais, S., & Sousa, G. (2011). Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31 (1), 160-175.
- Moscovici, S. (2001). *Social representations. Explorations in social psychology*. New York: New York University Press.
- Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representations? In K. Deaux & G. Philogène (Eds.), *Representations of the social: Bridging theoretical traditions* (pp. 18-61). Oxford: Blackwell.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (Vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neves, S. (2010). *O rosto social da morte: As representações sociais da morte no doente paliativo*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Nikolay, D., Inna, B., Olesya, V., Elizaveta, B., Gennady, B., & Inga, K. (2014). *Self-murder and self-murderers in social representations of young russians: An exploratory study*. Moscow: Department of Clinical and Legal Psychology, Moscow State University of Psychology and Education.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133–154.
- Nuber, U. (1993). *O que é a depressão*. São Paulo: Pensamento Ltda.

- Núñez, A., Núñez, F., Matos, A., Mendes, V., & Rosa, J. (2008). Comportamientos suicidarios y su estudio práctico. *9º Congresso Virtual de Psiquiatria* (pp. 1-16).
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Social. Lisboa: ISCTE.
- Oliveira, A. (2006). Desafiar a própria morte para sentir a vida. O contexto (psico)social do suicídio adolescente. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 2 (25), 271-293.
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 2 (25), 271-293.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (19), 509-521.
- Packman, W., Marlitt, R., Bonger, B., & Pennuto, T. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.
- Pais, L. (2004). *Uma história das ligações entre a psicologia e o direito em Portugal: Perícias psiquiátricas médico-legais e perícias sobre a personalidade como analisadores*. Tese de doutoramento, não publicada. Porto: Universidade do Porto.
- Peixoto, B., Saraiva, C., & Santos, N. (2014). Prevenção do suicídio nas forças de segurança. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (425-433). Lisboa: Level.
- Pines, A., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and individual differences*, 39, 625-635.

- Pines, A., & Keinan, G. (2006). Stress and burnout in Israeli border police. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 519-540.
- Prats, L. (1987). Aspectos culturais do suicídio. *Psicologia*, 2, 181-187.
- Quartilho, M. (2006). Suicídio - Aspectos sociais e culturais. In S. P. Suicidiologia (Ed.). *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1ª ed.), pp. 55-74. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Quinnett, P. (1998). QPR: Police suicide prevention. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 67 (7), 19-24.
- Quinnett, P., & Watson, V. (2003). QPR: Police suicide prevention. In D. Hackett & J. Violanti (Eds.), *Police suicide: Tactics for prevention and intervention* (pp. 37-53). Springfield: Charles C. Thomas.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo, J., & Leal, J. (2010). Stress ou burnout dos profissionais de segurança. *Revista Territorium*, 19, 221-226.
- Richardsen, A., Burke, R., & Martinussen, M. (2006). Work and health outcomes among police officers: The mediating role of police cynism and engagement. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 555-574.
- Rodrigues, M. (2009). Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (4), 698-713.
- Rodrigues, R., Oliveira, A., & Sampaio, D. (2010). O som e os outros na vida e na morte: Perceções da vida e da morte na adolescência. *Psychologica*, 1 (52), 99-121.
- Roen, K., Scourfield, J., & McDermott, E. (2008). Making sense of suicide: A discourse of young people's talk about suicidal subjecthood. *Social science & medicine*, 67, 2089-2097.

- Roths, I. (2006). *Suicídio Juvenil: Representações sociais dos médicos e dos psicólogos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Universidade do Porto.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. (10ª Edição). Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2007). *Suicídio nas polícias*. Crónica porque sim. Pública, (pp. 82). Lisboa.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Pereira, M. G., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*. 28 (2), 139-155.
- Santos, M. (2014). Da proteção e do risco. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (111-125). Lisboa: Level.
- Santos, S. (2007). *Suicídio nas forças policiais: Um estudo comparativo na PSP, GNR e P.J.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Santos, S., & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Level.
- Saraiva, C. (1999). *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 185-205.
- Saraiva, C., & Gil, N. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (41-54). Lisboa: Lidel.
- Selye, H. (1984). Police stress. *Police Stress Magazine*, 1, 2-5.
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Serrão, J., & Pais, L. (2006). A delinquência juvenil segundo os seus protagonistas: Uma reflexão sobre o género. In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves

- & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.149-158). Braga: Psiquilíbrios.
- Shneidman, E. (1973). *Deaths of man*. New York: Jason Inc.
- Silva, F. (2002). *O Suicídio na instituição policial: Os factores pessoais e organizacionais*. Dissertação de Licenciatura no Curso de Formação de Oficiais de Polícia. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.
- Silva, M., & Sampaio, D. (2011). Antidepressivos e suicídio nos adolescentes. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (4), 603-612.
- Sousa, A. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Stengel, E. (1980). *Suicídio e tentativa de suicídio*. Lisboa: Dom Quixote.
- Stephens, C., Long, N., & Flett, R. (1999). Vulnerability to psychological disorder: Previous trauma in police recruits. In J. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat* (pp. 65-74), Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Stone, V. (2004). *Cops don't cry: A book of help & hope for police families*. Canada: Creative Bound Inc.
- Turvey, B. (1995). *Police officers: Control, hopelessness & suicide*. Disponível em <http://www.corpusdelicti.com/suicide.html>.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp.101-128). Porto: Aforramento.
- Ventosa, M. (2008). *Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Faro: Universidade do Algarve.
- Vieira, K., & Coutinho, M. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727.

- Vieira, K., Saraiva, E., & Coutinho, M. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. *Psico*, 41 (2), 176-183.
- Violanti, J. (1995). The mystery within: Understanding police suicide. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 64 (2), 19-23.
- Violanti, J. (1996). *Police suicide: Epidemic in blue*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Violanti, J. (1997). Suicide and the police role: A psychological model. *Policing Bradford*, 20 (4), 698.
- Violanti, J. (2003). Suicide and the police culture. In D. Hackett & J. Violanti (Eds.). *Police suicide: Tactics for prevention and intervention* (pp. 66-75). Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Violanti, J., Andrew, M., Burchfiel, C., Dorn, J., Hartley, T., & Miller, D. (2006). Posttraumatic stress symptoms and subclinical cardiovascular disease in police officers. *International Journal of Stress Management*, 13, 541-554.
- Weber, R. (1985). *Basic content analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Wienecke, A. (1999). *The Role of the Police Subculture in the Police Suicide Epidemic*. Disponível em <http://www.word-warrior.net/policesuicide.html>.
- World Health Organization (2000) Preventing suicide: A resource for general physicians. *Mental and Behavioural Disorders Department of Mental*. Genebra: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO 1 – Pedido de autorização para aplicação de inquéritos

Exmo. Senhor Diretor de Estágio

Eu, Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco, Aspirante a Oficial de Polícia n.º 147275, do 28.º Curso de Formação de Oficiais de Polícia, Mestrado Integrado em Ciências Policiais, no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado, subordinada ao tema “Suicídio nas Forças de Segurança”, da qual é Orientadora a Prof. Doutora Sofia Tavares (docente na Universidade de Évora) e Coorientadora a Prof. Doutora Lúcia Pais (docente no ISCPSI), vem mui respeitosamente solicitar a V.^a Ex.^a se digne formalizar pedido de autorização para a realização de inquéritos.

A aplicação dos inquéritos tem por objetivo contribuir para uma compreensão mais aprofundada do suicídio, nomeadamente no contexto policial, efetuando uma aproximação ao que os estudantes do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna (futuros comandantes da Polícia de Segurança Pública) pensam acerca deste assunto, ou seja, como constroem significado sobre este fenómeno.

Os inquéritos serão preenchidos pelos cadetes e aspirantes do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, de forma voluntária, sem registo de qualquer tipo de dado que permita a sua identificação, assegurando-se portanto a completa confidencialidade do procedimento de recolha e dos dados recolhidos.

As questões a colocar são relativas a dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, nacionalidade), bem como se pretende conhecer, designadamente, se “Já alguma vez teve contacto com alguém que se suicidou? Sim; Não. Se respondeu afirmativamente, qual o grau de proximidade com essa pessoa? É religioso? Sim; Não. Praticante; Não praticante. Leia e complete com palavras suas: As pessoas que se suicidam...”.

O Aspirante a Oficial de Polícia Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco compromete-se a manter a confidencialidade dos dados recolhidos, fora do âmbito da elaboração e discussão da dissertação, bem como a cumprir as demais regras éticas relativas à realização de investigação científica.

Pede Deferimento,

Lisboa e ISCPSI, 05 de janeiro de 2016

Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco
Aspirante a Oficial de Polícia M/147275

ANEXO 2 – Pedido de autorização para acesso a dados sobre o suicídio na Polícia de Segurança Pública

Exmo. Senhor Diretor de Estágio

Eu, Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco, Aspirante a Oficial de Polícia n.º 147275, do 28.º Curso de Formação de Oficiais de Polícia, Mestrado Integrado em Ciências Policiais, no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado, subordinada ao tema “Suicídio nas Forças de Segurança”, da qual é Orientadora a Prof. Doutora Sofia Tavares (docente na Universidade de Évora) e Coorientadora a Prof. Doutora Lúcia Pais (docente no ISCPSI), vem mui respeitosamente solicitar a V.^a Ex.^a se digne formalizar pedido para disponibilização de dados sobre o suicídio na Polícia de Segurança Pública relativos ao período compreendido entre o ano 2000 e a atualidade.

Especificamente, a informação pretendida é: o número de suicídios ocorridos anualmente, desde o ano 2000; o sexo e a idade; a localização geográfica; e, o método de suicídio utilizado.

O Aspirante a Oficial de Polícia Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco compromete-se a manter a confidencialidade dos dados recolhidos, fora do âmbito da elaboração e discussão da dissertação, bem como a cumprir as demais regras éticas relativas à realização de investigação científica.

Pede Deferimento,

Lisboa e ISCPSI, 06 de janeiro de 2016

Joaquim Reinaldo Ferreira Pacheco
Aspirante a Oficial de Polícia M/147275

ANEXO 3 – Grelha categorial

Categorias	Subcategorias	Exemplo	Definição
A – Causalidade do suicídio	A1 – Fatores psicológicos	<p>“Problemas psicológicos” – AL8</p> <p>“Situações limite de desespero” – AL15</p> <p>“... autoestima muito baixa.” – AL59</p> <p>“Depressão” – AL144</p>	Todas as unidades de registo (adiante u.r.) remetem para uma causalidade que se organiza na área do intraindividual e que tem como base as questões da dinâmica da personalidade, da vida psíquica e emocional [(e.g. agressividade, desesperança, desgosto, solidão, ansiedade, depressão, baixa autoestima)]
	A2 – Fatores socioculturais	<p>“Não têm qualquer tipo de apoio ...” – AL2</p> <p>“... desvalorizado pela sociedade ...” – AL82</p> <p>“... dificuldades económicas ...” AL120</p>	Todas as u.r. salientam aspetos psicossocioculturais na explicação do suicídio, ao reconhecerem a importância de fatores como o baixo suporte social, a falta de oportunidades, as dificuldades financeiras, entre outras, na explicação do mesmo
	A3 – Problemas interpessoais	<p>“... dificuldades amorosas...” – AL5</p> <p>“Problemas conjugais” – A132</p> <p>“Problemas (...) familiares” – A139</p>	Todas as u.r. mencionam como causa do suicídio os problemas que surgem na relação com o “outro” (e.g. conflitos, perdas, ruturas). Este “outro” pode ser qualquer uma das pessoas com quem nos relacionamos (e.g. amigos, chefe, namorado/a, marido/esposa, irmãos, pais, filhos)

	A4 – Problemas profissionais	<p>“... dificuldades a que os polícias estão sujeitos ...” – AL19</p> <p>“... maus tratos no serviço ...” – AL49</p> <p>“Elevada carga horária” – A132</p> <p>“Graves problemas profissionais ...” – AL119</p>	Todas as u.r. em que são atribuídas ao suicídio causas decorrentes da atividade profissional
	A5 – Isolamento	<p>“... isolamento ...” – AL38</p> <p>“... solidão ...” – AL106</p>	Todas as u.r. referem estados de solidão, isolamento, abandono e privação de contacto social (e.g. viver só, isolado fisicamente, não ter ninguém com quem falar)
	A6 - Outras dificuldades/problemas	<p>“... problemas insolúveis ...” – AL24</p> <p>“Têm problemas.” – AL25</p>	Todas as u.r. atribuem ao suicídio a existência de problemas (não especificados), como causa e que não se inserem em qualquer das outras categorias
B – Significado do suicídio	B1 – Morte	<p>“Perda humana.” – AL8</p> <p>“Morte.” – AL25</p>	Todas as u.r. associam suicídio à morte
	B2 – Fim/Atentado contra a vida	<p>“... acabar com a própria vida ...” – AL40</p> <p>“É algo sem retorno.” – AL92</p> <p>“Chegaram ao limite.” – AL104</p>	Todas as u.r. associam suicídio a fim, <i>terminus</i> ou limite da vida, bem como ao carácter irreversível deste ato

B3 – Solução / Saída	<p>“Pensam que vão resolver os seus problemas ...” – AL10</p> <p>“... não encontra outra saída.” – AL21</p> <p>“Veem como única solução ...” – AL46</p>	Todas as u.r. perspetivam suicídio como a solução ou saída perante problemas aparentemente irresolúveis de outra forma
B4 – Cobardia / Desistência	<p>“Desistem de viver ...” – AL14</p> <p>“Cobardia.” – AL86</p> <p>“Desistência ...” – AL116</p>	Todas as u.r. perspetivam o suicídio como um ato de cobardia ou de desistência da vida e dos que dela fazem parte
B5 – Decisão / Escolha pessoal	<p>“É uma escolha do próprio ...” – AL14</p> <p>“... prescindir do direito de viver ...” – AL99</p> <p>“... tomar a decisão de se suicidarem ...” – AL112</p>	Todas as u.r. caracterizam o suicídio como uma decisão ou objetivo do suicida
B6 – Imperdoável / Censurável	<p>“... imperdoável perante Deus.” – AL32</p> <p>“... alguém a matar a si próprio é pecado.” – AL65</p> <p>“... ato egoísta.” – AL111</p>	Todas as u.r. remetem para apreciações morais e valorativas, que reprovam este comportamento ou em que são emitidas opiniões, comentários ou posições críticas
B7 – Fuga	<p>“... fuga ...” – AL64</p> <p>“... fuga aos problemas ...” – AL116</p>	Todas as u.r. atribuem ao suicídio uma forma de fugir dos problemas

	B8 – Coragem	<p>“... ato de coragem.” – AL37</p> <p>“... Têm muita coragem ...” – AL56</p>	Todas as u.r. perspetivam o suicídio como um ato de coragem
	B9 – Inesperado / Incontrolável / Inevitável	<p>“... nem sempre é possível evitar.” – AL14</p> <p>“... algo que é inesperado ...” – AL51</p>	Todas as u.r. abordam o carácter inesperado, incontrolável e inevitável do suicídio
C – Impacto	C1 - Nos outros significativos (e.g. familiares e amigos)	<p>“... deixar os seus familiares/amigos tristes” – AL56</p> <p>“Fazem as suas famílias sofrerem também” – AL142</p>	Todas as u.r. referem as consequências experimentadas por familiares e amigos do suicida na sequência da morte deste seu ente querido
	C2 – Afetivo nos outros em geral	<p>“Impotente ...” – AL112</p> <p>“Tristeza” – AL138</p>	Todas as u.r. se referem aos sentimentos experimentados quando confrontados com o suicídio (e.g. tristeza, culpabilidade, impotência)
	C3 – Cognitivo nos outros em geral	<p>“Confuso ...” – AL54</p> <p>“... pensativo ...” – AL55</p> <p>“... preocupado ...” – AL122</p>	Todas as u.r. referem os estados cognitivos experimentados quando confrontados com o suicídio

D – Respostas Sociais / Profissionais	D1 – Intervenção profissional / psicológica	<p>“... ser sinalizadas ...” – AL31</p> <p>“... ajudadas por clínicos da especialidade.” – AL31</p> <p>“Detetadas para um acompanhamento psicológico” – AL136</p>	Todas as u.r. indicam intervenções realizadas por profissionais especializados e a adoção de um conjunto de práticas clínicas que podem/devem ser adotados para evitar o suicídio
	D2 – Ajuda / Apoio social	<p>“... a sociedade deve procurar ver e agir...” – AL64</p> <p>“...ajudar as pessoas que veem o suicídio como uma solução ...” – AL103</p> <p>“Devemos estar mais atentos ...” – AL123</p>	Todas as u.r. indicam ações e procedimentos a adotar pela sociedade em geral como forma de prevenir o suicídio
	D3 – Necessidade de intervir preventivamente	<p>“... prevenir futuros casos.” – AL17</p> <p>“... agir preventivamente...” – A31</p>	Todas as u.r. sugerem a necessidade de se adotarem medidas preventivas (em geral) de forma a evitar o suicídio

ANEXO 4 – Quadro de resultados

Categoria	Subcategoria	Total u.r.	Homens	Mulheres	Polícias	Pensou / Tentou cometer suicídio
A - Causalidade do suicídio	A1 – Fatores psicológicos	286	194	92	137	4
	A2 – Fatores socioculturais	68	42	26	29	1
	A3 – Problemas interpessoais	22	17	5	13	-
	A4 – Problemas profissionais	24	16	8	11	-
	A5 – Isolamento	26	18	8	10	5
	A6 – Outras	77	56	21	40	3
	dificuldades/problemas					
	Total categoria A	503	343	160	240	13
B - Significado do suicídio	B1 – Morte	21	16	5	10	1
	B2 – Fim / Atentado contra a vida	38	24	14	14	1
	B3 – Solução / Saída	61	44	17	32	-
	B4 – Cobardia / Desistência	39	29	10	21	-
	B5 – Decisão / Escolha pessoal	20	13	7	11	-
	B6 – Imperdoável / Censurável	82	61	21	40	4
	B7 – Fuga	8	7	1	4	-
	B8 - Coragem	10	5	5	4	-
	B9 – Inesperado / Incontrolável / Inevitável	8	6	2	4	-
	Total categoria B	287	205	82	140	6
C - Impacto	C1 – Nos outros significativos	21	18	3	9	5
	C2 – Afetivo nos outros em geral	167	124	43	86	5
	C3 – Cognitivo nos outros em geral	97	76	21	43	3
	Total categoria C	285	218	67	138	13
D - Respostas sociais/ profissionais	D1 – Intervenção profissional / psicológica	9	5	4	2	-
	D2 – Ajuda / Apoio social	18	8	10	7	-
	D3 – Necessidade de intervir preventivamente	13	10	3	5	-
	Total categoria D	40	23	17	14	-
Total		1115	789	326	532	32